



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

---

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση επιπέδου stress και επαγγελματικής εξουθένωσης σε Έλληνες νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες/κλινικές COVID-19**

Νικολέττα Αποστολίδη

Π.Ε Νοσηλεύτρια

### ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαρία Μαλλιαρού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Κωνσταντίνος Τσάρας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Φωτεινή Μάλλη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2021**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**INVESTIGATION OF STRESS AND BURNOUT LEVELS IN GREEK NURSES  
WORKING IN COVID-19 UNITS / CLINICS**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ABSTRACT .....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
1.Το στρες .....	9
2.Η επαγγελματική εξουθένωση .....	12
3.Νοσηλεύτες και στρες .....	16
4.Νοσηλεύτες και επαγγελματική εξουθένωση.....	19
5.Επιρροή του Covid-19 στην ψυχολογική κατάσταση των νοσηλευτών .....	23
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	29
1.Σκοπός .....	29
2.Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος .....	29
2.1 Δείγμα.....	29
2.2 Ερωτηματολόγιο μελέτης.....	30
2.3 Ζητήματα δεοντολογίας .....	31
2.4 Ανάλυση .....	32
3.Αποτελέσματα .....	32
4.Συζήτηση.....	79
4.1 Περιορισμοί μελέτης .....	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	92
Παράρτημα 1 - Ερωτηματολόγιο .....	92
Παράρτημα 2 - Άδειες για τη χρήση κλιμάκων .....	98

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	33
Πίνακας 2. Επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης .....	35
Πίνακας 3. Έλεγχος αξιοπιστίας .....	36
Πίνακας 4. Έλεγχος κανονικής κατανομής .....	36
Πίνακας 5. Συσχέτιση φύλου με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση .....	37
Πίνακας 6. Συσχέτιση της ύπαρξης παιδιών κάτω των 18 ετών με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση .....	38
Πίνακας 7. Συσχέτιση του τμήματος εργασίας με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση .....	39
Πίνακας 8. Συσχέτιση μηνιαίου εισοδήματος με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση .....	40
Πίνακας 9. Συσχέτιση εργασιακής θέσης με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση .....	42
Πίνακας 10. Συσχέτιση ωραρίου εργασίας με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση .....	43
Πίνακας 11. Συσχέτιση ηλικίας με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση .....	46
Πίνακας 12. Συσχέτιση ετών εργασίας με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση .....	47
Πίνακας 13. Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση .....	49
Πίνακας 14. Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση .....	51
Πίνακας 15. Post hoc tests για διερεύνηση της συσχέτισης μορφωτικού επιπέδου με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση .....	53
Πίνακας 16. Συσχέτιση μεταξύ στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης .....	72
Πίνακας 17. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση για να βρεθεί αν η επαγγελματική εξουθένωση (ανεξάρτητη μεταβλητή) αποτελεί προγνωστικό παράγοντα του στρες (εξαρτημένη μεταβλητή) .....	77

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πανδημία με τον COVID-19 έχει σημαντικό ψυχολογικό αντίκτυπο και αποτελεί κίνδυνο για υψηλά επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, και ειδικά στους νοσηλευτές. Στόχος αυτής της έρευνας είναι να διερευνήσει τα επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης των Ελλήνων νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες/κλινικές COVID-19. Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη με δείγμα της παρούσας έρευνας που αποτελείται από 102 νοσηλευτές που εργάζονται σε κλινικές/μονάδες Covid-19. Διαπιστώθηκε ότι οι Έλληνες νοσηλευτές έχουν ελαφρώς υψηλά επίπεδα στρες και οι πιο στρεσογόνες καταστάσεις είναι η επαφή με το θάνατο, η αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, οι αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους και ο φόρτος εργασίας. Επίσης, βρέθηκε ότι οι Έλληνες νοσηλευτές έχουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Παράλληλα, η έρευνα αυτή διαπίστωσε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης και ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν σχετίζονται με τα επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης των Ελλήνων νοσηλευτών. Δεδομένου των υψηλών επιπέδων στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης, κρίνεται σκόπιμο να αναπτυχθούν στρατηγικές που να μειώσουν τα αρνητικά αυτά συναισθήματα στους νοσηλευτές και να αυξήσουν την ψυχολογική τους ανθεκτικότητα και την εργασιακή ικανοποίηση.

Λέξεις κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, Στρες, Νοσηλευτές, COVID-19

## **ABSTRACT**

The COVID-19 pandemic has a significant psychological impact and poses a risk of high levels of stress and burnout to healthcare professionals, and especially nurses. The aim of this research is to investigate the levels of stress and burnout of Greek nurses working in COVID-19 units / clinics. A synchronous study was conducted with a sample of the present study consisting of 102 nurses working in Covid-19 clinics / units. It was found that Greek nurses have slightly high levels of stress and the most stressful situations are contact with death, uncertainty about the therapeutic effect, stressful situations related to interactions with patients and their families and workload. It was also found that Greek nurses have high levels of burnout. At the same time, this research found that there is a correlation between stress and burnout and that demographic characteristics are not related to the levels of stress and burnout of Greek nurses. Given the high levels of stress and burnout, it is advisable to develop strategies to reduce these negative feelings in nurses and increase their psychological resilience and job satisfaction.

Key words: Burnout, Stress, Nurses, COVID-19

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία COVID-19 έχει εξαλείψει και επηρεάσει ζωές παγκοσμίως, οδηγώντας σε ένα νέο σύνολο προκλήσεων σε ολόκληρο τον κόσμο. Η πανδημία είχε οδηγήσει σε υπερβολικό ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο στους ανθρώπους, ιδίως στους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης που εργάζονται στην πρώτη γραμμή της πανδημίας (Yildirim, Çiçek & Şanlı, 2021).

Η πανδημία προκάλεσε σημαντικό άγχος που εγκυμονεί κινδύνους για την ψυχική υγεία και την ευημερία των νοσηλευτών. Μελέτες έδειξαν ότι το άγχος μπορεί να προκαλέσει ήπια έως σοβαρά επίπεδα ψυχοκοινωνικών και ψυχικών προβλημάτων υγείας, όπως κατάθλιψη, άγχος, μετατραυματικό στρες και μοναξιά (Arslan, 2020; Ceri & Cicek, 2021) και επαγγελματική εξουθένωση (Yildirim & Solmaz, 2020).

Ταυτόχρονα, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρεται σε μακροχρόνια εμπειρία κόπωσης και μειωμένο επίπεδο ενθουσιασμού και ενδιαφέροντος για εργασία, γεγονός που οδηγεί σε μείωση της αποτελεσματικότητας της εργασίας. Αυτό είναι το αποτέλεσμα υπερβολικής προσπάθειας στο χώρο εργασίας και περιορισμένων ευκαιριών για ανάκαμψη (Embriaco et al. 2007). Μελέτες έχουν δείξει ότι οι πολύ αγχωτικές θέσεις εργασίας είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν επαγγελματική εξουθένωση (Embriaco et al. 2007). Ειδικά για τους νοσηλευτές, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερη προθυμία να αναλάβουν ηγετικό ρόλο, χαμηλότερη ποιότητα ιατρικής περίθαλψης, μειωμένο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, αυξημένο επίπεδο λοιμώξεων που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των ασθενών (Dyrbye et al., 2019). Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει περαιτέρω, ότι οι νοσηλευτές που υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση είναι πιθανότερο να είναι δυσαρεστημένοι με τις δουλειές τους και να παραιτηθούν από τη δουλειά τους (Dyrbye et al. 2019).

Όπως προαναφέρθηκε, οι νοσηλευτές είναι συχνά επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση, με τα υψηλότερα επίπεδα εξάντλησης να βρίσκονται στους νοσηλευτές που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (Elshaer et al. 2018). Οι γνωστοί παράγοντες που συμβάλλουν στον υψηλό κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν την εντατική φροντίδα των ασθενών, το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και τις ακατάλληλες συνθήκες εργασίας, όσον αφορά τον υψηλό φόρτο εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη χρόνου για την ικανοποιητική αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς. Κατά συνέπεια, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν επίπεδα στρες πέραν των δυνατοτήτων τους, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση (Talaee et al., 2020).

Η νοσηλευτική θεωρείται μια δύσκολη εργασία, απαιτητική και περίπλοκη. Ο συνδυασμός υψηλών απαιτήσεων εργασίας και υπερβολικής ευθύνης και ελάχιστης εξουσίας έχει αναγνωριστεί ως μερικές

από τις κύριες πηγές εργασιακού άγχους για το νοσηλευτικό προσωπικό. Το εργασιακό στρες μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών αλλά και την ποιότητα της φροντίδας. Η νοσηλευτική είναι μια διαδικασία διαπροσωπικής σχέσης που καθορίζεται από διαπροσωπική ευαισθησία και οικειότητα, συμπεριλαμβανομένης της ενεργού επικοινωνίας και της εφαρμογής επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων. Το εργασιακό άγχος μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ενσυναίσθησης για τους ασθενείς και αύξηση της συχνότητας των σφαλμάτων, η οποία σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα της περίθαλψης (Masa'Deh et al., 2017).

Ως εκ τούτου, είναι υψίστης σημασίας η μελέτη του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και ειδικά σε μια τόσο στρεσογόνα κατάσταση με την τρέχουσα πανδημία. Τέτοιες γνώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την προστασία και διατήρηση του εργατικού δυναμικού, βελτιώνοντας παράλληλα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς.



# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1.Το στρες

Στην ψυχολογία, το στρες είναι ένα συναίσθημα αγωνίας και πίεσης. Το στρες είναι ένας τύπος ψυχολογικού πόνου. Μικρές ποσότητες στρες μπορεί να είναι επιθυμητές, ευεργετικές, ακόμη και υγιείς. Η υπερβολική ποσότητα στρες, ωστόσο, μπορεί να οδηγήσει σε σωματική βλάβη. Το στρες μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εγκεφαλικών επεισοδίων, καρδιακών παθήσεων, ελκών και ψυχικών ασθενειών, όπως η κατάθλιψη (Schneiderman, Ironson & Siegel,2005).

Το στρες μπορεί να είναι εξωτερικό και να σχετίζεται με το περιβάλλον, αλλά μπορεί επίσης να προκαλείται από εσωτερικές αντιλήψεις που προκαλούν σε ένα άτομο να βιώσει στρες ή άλλα αρνητικά συναισθήματα γύρω από μια κατάσταση, όπως πίεση, δυσφορία κ.λπ. Ο στρεσογόνος παράγοντας είναι οποιοδήποτε συμβάν, εμπειρία ή περιβαλλοντικό ερέθισμα που προκαλεί άγχος σε ένα άτομο. Αυτά τα γεγονότα ή εμπειρίες θεωρούνται απειλές ή προκλήσεις για το άτομο και μπορεί να είναι είτε σωματικές, είτε ψυχολογικές. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να κάνουν τα άτομα πιο επιρρεπή σε σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως καρδιακές παθήσεις και άγχος. Στην ψυχολογία, οι ερευνητές ταξινομούν γενικά τους διαφορετικούς τύπους στρεσογόνων παραγόντων σε τέσσερις κατηγορίες: 1) κρίσεις / καταστροφές, 2) σημαντικά γεγονότα ζωής, 3) καθημερινές παρενοχλήσεις / μικροστρες και 4) περιβαλλοντικό στρες. Ο κοινός παράγοντας μεταξύ αυτών των κατηγοριών είναι μια ασυνέπεια μεταξύ των αναμενόμενων γεγονότων ("καθορισμένη τιμή") και των αντιληπτών γεγονότων ("πραγματική τιμή") που δεν μπορούν να επιλυθούν ικανοποιητικά, δίνοντας έμφαση στο ευρύτερο πλαίσιο της θεωρίας της γνωστικής συνέπειας (Contrada & Baum, 2011). Αναλυτικότερα (Folkman,2011):

- Κρίσεις / καταστροφές: Αυτός ο τύπος στρες είναι απρόβλεπτος και ως εκ τούτου, είναι εντελώς εκτός ελέγχου από το άτομο. Παραδείγματα κρίσεων και καταστροφών περιλαμβάνουν: φυσικές καταστροφές, όπως μεγάλες πλημμύρες ή σεισμούς, πολέμους, πανδημίες κ.λπ. Αν και σπάνια συμβαίνουν, αυτός ο τύπος στρες προκαλεί συνήθως μεγάλο άγχος στη ζωή ενός ατόμου.
- Σημαντικά γεγονότα ζωής: Τα κοινά παραδείγματα σημαντικών γεγονότων στη ζωή περιλαμβάνουν: γάμο, σπουδές, θάνατο αγαπημένου προσώπου, γέννηση παιδιού, διαζύγιο, μετακόμιση, κλπ. Αυτά τα γεγονότα, είτε θετικά, είτε αρνητικά, μπορούν να δημιουργήσουν μια αίσθηση αβεβαιότητας και φόβου, η οποία τελικά θα οδηγήσει σε στρες.

- Καθημερινές παρενοχλήσεις / μικροστρες: Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει καθημερινές ενοχλήσεις και μικρές ενοχλήσεις. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν: λήψη αποφάσεων, προθεσμίες συναντήσεων στην εργασία ή στο σχολείο, κυκλοφοριακή συμφόρηση, κ.λπ. Συχνά, αυτός ο τύπος στρες περιλαμβάνει συγκρούσεις με άλλους ανθρώπους. Οι καθημερινοί στρεσογόνοι παράγοντες, ωστόσο, είναι διαφορετικοί για κάθε άτομο, καθώς δεν αντιλαμβάνονται όλοι ένα συγκεκριμένο γεγονός ως στρεσογόνο.
- Περιβαλλοντικό στρες: Οι περιβαλλοντικοί στρεσογόνοι παράγοντες είναι χρόνιοι, αρνητικά εκτιμημένοι, μη επείγοντες, φυσικά αντιληπτοί και δεν αλλάζουν. Τυπικά παραδείγματα είναι η ρύπανση, ο θόρυβος, το πλήθος και η κυκλοφορία. Σε αντίθεση με τους άλλους τρεις τύπους στρες, το περιβαλλοντικό στρες μπορεί (αλλά όχι απαραίτητα) να επηρεάζει αρνητικά το στρες χωρίς συνειδητή συνειδητοποίηση.

Το εργασιακό στρες είναι ψυχολογικό άγχος που σχετίζεται με τη δουλειά κάποιου. Πρόκειται για χρόνια πάθηση. Το εργασιακό στρες μπορεί να αντιμετωπιστεί με την κατανόηση των αγχωτικών συνθηκών στην εργασία και τη λήψη μέτρων για την αποκατάσταση αυτών των καταστάσεων. Αυτό συμβαίνει όταν οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι δεν έχουν την υποστήριξη των προϊσταμένων τους ή των συναδέλφων τους, αισθάνονται ότι έχουν μικρό έλεγχο στην εργασία που κάνουν, ή διαπιστώνουν ότι οι προσπάθειές τους στην εργασία είναι ασυμβίβαστες με τις ανταμοιβές της εργασίας τους. Το εργασιακό άγχος είναι ένα ζήτημα που ενδιαφέρονται τόσο οι εργαζόμενοι όσο και οι εργοδότες, επειδή οι αγχωτικές συνθήκες εργασίας σχετίζονται με τη συναισθηματική υγεία των εργαζομένων, τη σωματική υγεία και την απόδοση της εργασίας. Ορισμένες ψυχολογικές θεωρίες εξηγούν τουλάχιστον εν μέρει την εμφάνιση του εργασιακού άγχους. Οι θεωρίες περιλαμβάνουν το μοντέλο ζήτησης-ελέγχου-υποστήριξης, το μοντέλο ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής, το μοντέλο προσαρμογής προσώπου-περιβάλλοντος, το μοντέλο χαρακτηριστικών εργασίας, το μοντέλο πίεσης διάθεσης και το μοντέλο πόρων-απαιτήσεων εργασίας (Anderson, Ones & Sinangil, 2018).

Το στρες μπορεί να επηρεάσει όλες τις πτυχές της ζωής, συμπεριλαμβανομένων των συναισθημάτων, των συμπεριφορών, της ικανότητας σκέψης και της σωματικής υγείας. Αλλά, επειδή οι άνθρωποι χειρίζονται το άγχος διαφορετικά, τα συμπτώματα του στρες μπορεί να ποικίλλουν. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ασαφή και μπορεί να είναι τα ίδια με αυτά που προκαλούνται από ιατρικές παθήσεις. Ειδικότερα (Segerstrom & O'Connor, 2012; Toussaint et al., 2016; Schneiderman, Ironson & Siegel, 2005):

- Τα συναισθηματικά συμπτώματα του στρες περιλαμβάνουν:
  - Αίσθημα ταραχής και απογοήτευσης

- Αίσθηση ότι χάνεις τον έλεγχο ή πρέπει να πάρεις τον έλεγχο
  - Δυσκολία χαλάρωσης
  - Χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθηση μοναξιάς και κατάθλιψη
  - Αποφυγή άλλων
- Τα φυσικά συμπτώματα του στρες περιλαμβάνουν:
- Χαμηλή ενέργεια
  - Πονοκέφαλοι
  - Στομαχικά προβλήματα (π.χ. διάρροια, δυσκοιλιότητα, ναυτία)
  - Μυϊκοί πόνοι
  - Πόνος στο στήθος και γρήγορος καρδιακός παλμός
  - Αϋπνίες
  - Συχνά κρυολογήματα και λοιμώξεις
  - Απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας και / ή ικανότητας
  - Νευρικότητα, κρύα ή ιδρωμένα χέρια και πόδια
  - Ξηρό στόμα και δυσκολία στην κατάποση
- Τα γνωστικά συμπτώματα του στρες περιλαμβάνουν:
- Συνεχής ανησυχία
  - Αγχώδεις σκέψεις
  - Συχνές απώλειες μνήμης και αποδιοργάνωση
  - Αδυναμία εστίασης
  - Κακή κρίση

- Απαισιοδοξία
- Τα συμπεριφορικά συμπτώματα άγχους περιλαμβάνουν:
  - Αλλαγές στην όρεξη
  - Αναβλητικότητα και αποφυγή ευθυνών
  - Αυξημένη χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών ή τσιγάρων
  - Νευρικές συμπεριφορές, όπως δάγκωμα νυχιών

Το συνεχές χρόνιο στρες μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει πολλά σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως (Contrada & Baum, 2011):

- Προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη, άγχος και διαταραχές προσωπικότητας
- Καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, μη φυσιολογικοί καρδιακοί ρυθμοί, καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικό επεισόδιο
- Παχυσαρκία και άλλες διατροφικές διαταραχές
- Εμμηνορροϊκά προβλήματα
- Σεξουαλική δυσλειτουργία, όπως ανικανότητα και πρόωρη εκσπερμάτωση στους άνδρες και απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες
- Προβλήματα δέρματος και μαλλιών, όπως ακμή, ψωρίαση και έκζεμα και μόνιμη τριχόπτωση
- Γαστρεντερικά προβλήματα, όπως γαστρίτιδα, και ελκώδης κολίτιδα

## 2.Η επαγγελματική εξουθένωση

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα ψυχολογικό σύνδρομο που εκδηλώνεται ως μακροχρόνια αντίδραση στο χρόνιο διαπροσωπικό άγχος στην εργασία. Οι τρεις βασικές πτυχές αυτής της απάντησης είναι η συντριπτική εξάντληση, ο κυνισμός, καθώς και η αναποτελεσματικότητα και η έλλειψη ολοκλήρωσης. Η σημασία αυτού του τρισδιάστατου μοντέλου είναι ότι τοποθετεί σαφώς την

εμπειρία άγχους του ατόμου στο κοινωνικό περιβάλλον και περιλαμβάνει την έννοια του ατόμου, συμπεριλαμβανομένου του εαυτού και άλλων (Maslach & Leiter, 2016).

Η αρχική έρευνα σχετικά με την εξουθένωση ήταν διερευνητική και βασίστηκε κυρίως σε ποιοτικές τεχνικές. Επειδή οι πρώτοι ερευνητές προέρχονταν από την κοινωνική και κλινική ψυχολογία, έλκονταν προς σχετικές ιδέες από αυτούς τους τομείς. Η κοινωνική προοπτική χρησιμοποίησε έννοιες που περιλαμβάνουν διαπροσωπικές σχέσεις, δηλαδή πώς οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και αντιδρούν σε άλλους. Αυτά περιελάμβαναν αποσπασμένη ανησυχία, αποπροσωποποίηση στην αυτοάμυνα και διαδικασίες απόδοσης. Έφερε επίσης έννοιες του κινήτρου και του συναισθήματος (και ιδιαίτερα την αντιμετώπιση της συναισθηματικής διέγερσης). Η κλινική προοπτική ασχολήθηκε επίσης με το κίνητρο και το συναίσθημα, αλλά τα πλαισίωσε περισσότερο ως προς τις ψυχολογικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη. Οι επόμενοι ερευνητές προέρχονταν από τη βιομηχανική - οργανωτική ψυχολογία και αυτή η προοπτική τόνισε την εργασιακή συμπεριφορά. Ήταν επίσης σε αυτό το σημείο που η εξάντληση θεωρήθηκε ως μια μορφή εργασιακού άγχους, αλλά η κύρια εστίαση ήταν στο οργανωτικό πλαίσιο και λιγότερο στα φυσικά χαρακτηριστικά του άγχους (Koutsimani, Montgomery & Georganta, 2019).

Αυτό που προέκυψε από αυτό το περιγραφικό έργο ήταν οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η διάσταση της εξουθένωσης περιγράφηκε επίσης ως φθορά, απώλεια ενέργειας, εξάντληση, εξασθένηση και κόπωση. Η διάσταση του κυνισμού αρχικά ονομάστηκε αποπροσωποποίηση (δεδομένης της φύσης των ανθρωπίνων υπηρεσιών), αλλά επίσης περιγράφηκε ως αρνητική ή ακατάλληλη στάση απέναντι στους πελάτες, ευερεθιστότητα, απώλεια ιδεαλισμού και απόσυρση. Η διάσταση της αναποτελεσματικότητας αρχικά ονομαζόταν μειωμένη προσωπική επίδοση και περιγράφηκε επίσης ως μειωμένη παραγωγικότητα ή ικανότητα, χαμηλό ηθικό και αδυναμία αντιμετώπισης (Maslach & Leiter, 2016).

Υπήρξαν διάφορα εννοιολογικά μοντέλα σχετικά με την ανάπτυξη της εξουθένωσης και τον επακόλουθο αντίκτυπό της. Στην αρχή, η εστίαση ήταν στη σχέση μεταξύ των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία συχνά περιγράφεται σε διαδοχικά στάδια. Η εξάντληση υποτίθεται ότι αναπτύχθηκε πρώτα, ως απάντηση σε υψηλές απαιτήσεις και υπερφόρτωση, και στη συνέχεια αυτό θα προκαλούσε απόσπαση και αρνητικές αντιδράσεις στους ανθρώπους και στην εργασία (αποπροσωποποίηση ή κυνισμός). Εάν αυτό συνεχιστεί, τότε το επόμενο στάδιο θα ήταν τα συναισθήματα ανεπάρκειας και αποτυχίας (μειωμένο προσωπικό επίτευγμα ή επαγγελματική αναποτελεσματικότητα) (Sharma & Cooper, 2017).

Πιο πρόσφατα, τα μοντέλα εξουθένωσης βασίστηκαν σε θεωρίες σχετικά με το εργασιακό άγχος και την έννοια των ανισορροπιών που οδηγούν σε πίεση. Το πρώτο τέτοιο μοντέλο ήταν το συναλλακτικό,

το οποίο χρησίμευσε ως εννοιολογική γέφυρα μεταξύ διαδοχικών σταδίων και ανισορροπιών. Τα τρία στάδια του είναι: α) άγχος εργασίας (ανισορροπία μεταξύ εργασιακών απαιτήσεων και ατομικών πόρων), β) ατομική πίεση (συναισθηματική απόκριση εξάντλησης και άγχους) και γ) αμυντική αντιμετώπιση (αλλαγές στη συμπεριφορά και τη συμπεριφορά, όπως μεγαλύτερος κυνισμός ) (Chemali et al., 2019).

Τα περισσότερα μοντέλα εξουθένωσης εξηγούν την αιτιώδη θεωρία που ήταν πάντα έμμεση στην έρευνα σχετικά με την εξουθένωση: ορισμένοι παράγοντες (τόσο περιστασιακοί όσο και ατομικοί) προκαλούν στους ανθρώπους να βιώσουν εξουθένωση, και μόλις συμβεί εξάντληση, προκαλεί ορισμένα αποτελέσματα (τόσο κατά περίπτωση όσο και ατομικά). Ωστόσο, αυτές οι αιτιώδεις υποθέσεις σπάνια έχουν δοκιμαστεί άμεσα. Οι περισσότερες έρευνες σχετικά με την εξουθένωση έχουν εμπλακεί σε διατομεακό σχεδιασμό ή μελέτες που χρησιμοποιούν στατιστικά αιτιακά μοντέλα. Αυτή η συσχετιστική βάση δεδομένων παρείχε υποστήριξη σε πολλούς από τους υποθετικούς δεσμούς μεταξύ της εξάντλησης και των πηγών και των αποτελεσμάτων της, αλλά δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την υποτιθέμενη αιτιότητα αυτών των συνδέσμων. Η πρόσφατη αύξηση των διαχρονικών μελετών αρχίζει να παρέχει μια καλύτερη ευκαιρία για δοκιμή διαδοχικών υποθέσεων. Ένας άλλος κρίσιμος περιορισμός είναι ότι πολλές από τις μεταβλητές έχουν αξιολογηθεί με μέτρα αυτοαναφοράς (αντί για άλλους δείκτες συμπεριφοράς ή υγείας) (Sharma & Cooper, 2017).

Πάνω από δύο δεκαετίες έρευνας σχετικά με την εξάντληση έχουν εντοπίσει μια πληθώρα οργανωτικών παραγόντων κινδύνου σε πολλά επαγγέλματα σε διάφορες χώρες. Έχουν εντοπιστεί έξι βασικοί τομείς, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως: φόρτος εργασίας, έλεγχος, ανταμοιβή, κοινότητα, δικαιοσύνη και αξίες. Η υπερφόρτωση της εργασίας συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση, μειώνοντας την ικανότητα των ατόμων να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της εργασίας. Όταν αυτό το είδος υπερφόρτωσης είναι μια χρόνια κατάσταση εργασίας, υπάρχει λίγη ευκαιρία για ξεκούραση, ανάκαμψη και αποκατάσταση ισορροπίας. Ένας βιώσιμος και διαχειρίσιμος φόρτος εργασίας, αντιθέτως, παρέχει ευκαιρίες χρήσης και βελτίωσης των υπάρχουσών δεξιοτήτων, καθώς και αποτελεσματικότητας σε νέους τομείς δραστηριότητας (Koutsimani, Montgomery & Georganta, 2019).

Επιπλέον, άλλα μοντέλα εξουθένωσης διαφέρουν από αυτό του Maslach με έναν από τους δύο τρόπους: δεν θεωρούν την εξουθένωση ως αποκλειστικά σύνδρομο που σχετίζεται με την εργασία. Θεωρούν την εξουθένωση ως μια διαδικασία παρά μια κατάσταση. Το μοντέλο απαιτήσεων πόρων εργασίας βασίζεται στην άποψη της εξάντλησης ως αναντιστοιχία βάσει εργασίας, αλλά διαφέρει από το μοντέλο του Maslach, καθώς υποστηρίζει ότι η εξάντληση αναπτύσσεται μέσω δύο ξεχωριστών οδών: υπερβολικές απαιτήσεις εργασίας που οδηγούν σε εξάντληση και ανεπαρκείς πόροι εργασίας που οδηγούν στην αποδέσμευση. Μαζί με τον Maslach και τον Schaufeli, αυτό το μοντέλο βλέπει την εξάντληση ως τον αρνητικό πόλο μιας συνέχειας της ευημερίας των εργαζομένων, με τη «εργασιακή

δέσμευση» ως θετικό πόλο. Μεταξύ εκείνων που θεωρούν την εξουθένωση ως μια διαδικασία, ο Cherniss χρησιμοποίησε μια διαχρονική προσέγγιση για να διερευνήσει την εξέλιξη της εξουθένωσης σε εργαζόμενους στις υπηρεσίες πρώιμης σταδιοδρομίας. Η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζεται ως μια διαδικασία που χαρακτηρίζεται από αρνητικές αλλαγές στη συμπεριφορά και τις συμπεριφορές προς τους πελάτες που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου, που συχνά συνδέονται με την απογοήτευση των εργαζομένων σχετικά με τα ιδανικά που τους οδήγησαν στη δουλειά. Ο Gustavsson και οι συνάδελφοί του χρησιμοποίησαν αυτό το μοντέλο στην εξέταση διαχρονικών δεδομένων σχετικά με τους νοσηλευτές πρώιμης σταδιοδρομίας και διαπίστωσαν ότι η εξάντληση ήταν μια πρώτη φάση της διαδικασίας εξουθένωσης, προχωρώντας περαιτέρω μόνο εάν οι νοσηλευτές παρουσιάζουν δυσλειτουργική αντιμετώπιση (δηλαδή κυνισμό και αποδέσμευση). Ο Shirom και οι συνάδελφοί του πρότειναν ότι η εξάντληση συμβαίνει όταν τα άτομα εξαντλούν τους πόρους τους λόγω μακροχρόνιων εκθέσεων σε συναισθηματικά απαιτητικές περιστάσεις τόσο σε εργασιακές όσο και σε συνθήκες ζωής, υποδηλώνοντας ότι η εξουθένωση δεν είναι αποκλειστικά ένα επαγγελματικό σύνδρομο (Dall'Ora et al., 2020).

Όσον αφορά τις επιπτώσεις, όταν οι άνθρωποι εξουθενώνονται από τη δουλειά τους, δεν ενδιαφέρονται πλέον να κάνουν θετική συμβολή. Οι καθημερινές απαιτήσεις εργασίας τους ξεκινούν να ξεπερνούν τους προσωπικούς και εργασιακούς τους πόρους. Η εξάντληση γενικά εννοείται ως σύνδρομο χρόνιου στρες. Μπορεί να κατανοηθεί καλύτερα ως ένα συνεχές που κυμαίνεται από οξεία κόπωση που συμβαίνει μετά από μια μέρα σκληρής δουλειάς (και που εξαφανίζεται μετά από μια σχετικά σύντομη περίοδο ανάρρωσης), έως μια σοβαρή και επίμονη μορφή εξάντλησης και συνοδευτικά προβλήματα, όπως η διανοητική απόσταση από την εργασία, γνωστικά προβλήματα και εξασθενημένη διάθεση που εμφανίζεται μετά από μια μακρά περίοδο έκθεσης σε υψηλές απαιτήσεις εργασίας (Koutsimani, Montgomery & Georganta, 2019).

Τα άτομα που βιώνουν αποπροσωποποίηση μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην εργασία τους, προκαλώντας μεγαλύτερη προσωπική σύγκρουση, όσο και διακόπτοντας τις εργασίες. Έτσι, η εξουθένωση μπορεί να είναι «μεταδοτική» και να διαιωνιστεί μέσω κοινωνικών αλληλεπιδράσεων στην εργασία. Η κρίσιμη σημασία των κοινωνικών σχέσεων για την εξουθένωση υπογραμμίζεται από μελέτες που δείχνουν ότι η εξάντληση αυξάνεται σε εργασιακά περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από διαπροσωπική επιθετικότητα. Τέτοια ευρήματα δείχνουν ότι η εξάντληση θα πρέπει να θεωρείται ως χαρακτηριστικό των ομάδων εργασίας και όχι απλώς μεμονωμένο σύνδρομο (Chemali et al., 2019).

Η εξουθένωση έχει ένα περίπλοκο πρότυπο σχέσεων με την υγεία, καθώς η κακή υγεία συμβάλλει στην εξουθένωση και η εξάντληση συμβάλλει στην κακή υγεία. Η εξάντληση συσχετίζεται συνήθως με συμπτώματα άγχους όπως, πονοκεφάλους, χρόνια κόπωση, γαστρεντερικές διαταραχές, μυϊκή ένταση, υπέρταση, και διαταραχές του ύπνου. Αυτοί οι φυσιολογικοί συσχετισμοί αντικατοπτρίζουν

εκείνους που βρέθηκαν με άλλους δείκτες παρατεταμένου στρες. Έχουν βρεθεί παράλληλα ευρήματα για τη σχέση μεταξύ εξουθένωσης και κατάχρησης ουσιών. Επίσης, έχει βρεθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί σε περισσότερες πιθανότητες εισαγωγής σε νοσοκομείο, απόκτησης καρδιαγγειακών προβλημάτων και ψυχικών ασθενειών (Maslach & Leiter, 2016).

Η νευροαπεικονιστική έρευνα αποκάλυψε ότι η επαγγελματική εξουθένωση ή το παρατεταμένο εργασιακό στρες συσχετίστηκε με συγκεκριμένα ανατομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του εγκεφάλου. Για παράδειγμα, ο Jonavonis και οι συνεργάτες του (2011) διαπίστωσαν ότι τα άτομα με χρόνιο εργασιακό άγχος έχουν λειτουργική αποσύνδεση μεταξύ της αμυγδαλής και του μεσαίου προμετωπιαίου φλοιού (mPFC), συμπεριλαμβανομένου του πρόσθιου φλοιού προσαγωγίου (ACC). Επιπλέον, παρατήρησαν ότι οι υποδοχείς που εμπλέκονται στο HPA (υποδοχείς 5-HT1A) μειώθηκαν στον ACC, στον νησιωτικό φλοιό και στον ιππόκαμπο. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντικές δομικές και λειτουργικές αλλαγές στον εγκέφαλο και μπορεί να υποδηλώνουν μειωμένη ρύθμιση του στρες από πάνω προς τα κάτω σε άτομα με παρατεταμένο εργασιακό άγχος. Ομοίως, ο Blix και οι συνεργάτες του (2013) παρατήρησαν μείωση των όγκων της ύλης του ACC και του αμφίπλευρου προμετωπιαίου φλοιού (dPFC).

### 3.Νοσηλευτές και στρες

Η νοσηλευτική θεωρείται μια δύσκολη εργασία, απαιτητική και περίπλοκη. Ο συνδυασμός υψηλών απαιτήσεων εργασίας και υπερβολικής ευθύνης και ελάχιστης εξουσίας έχει αναγνωριστεί ως μερικές από τις κύριες πηγές εργασιακού άγχους για το νοσηλευτικό προσωπικό. Το εργασιακό στρες μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών αλλά και την ποιότητα της φροντίδας. Η νοσηλευτική είναι μια διαδικασία διαπροσωπικής σχέσης που καθορίζεται από διαπροσωπική ευαισθησία και οικειότητα, συμπεριλαμβανομένης της ενεργού επικοινωνίας και της εφαρμογής επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων. Το εργασιακό άγχος μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ενσυναίσθησης για τους ασθενείς και αύξηση της συχνότητας των σφαλμάτων, η οποία σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα της περίθαλψης (Masa'Deh et al., 2017).

Το εργασιακό στρες συνήθως εμφανίζεται με τη μορφή κόπωσης, σκληρής συμπεριφοράς, άγχους, αύξησης της αρτηριακής πίεσης, έλλειψης αυτοπεποίθησης, έλλειψης ικανοποίησης από την εργασία, μείωσης της αποτελεσματικότητας. Σύμφωνα με τις μελέτες, το στρες των νοσηλευτών μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη, απομόνωση από ασθενείς, απουσία και μείωση των προσόντων τους. Υπάρχουν πολλές αιτίες του εργασιακού στρες. Οι σημαντικότερες είναι ο φόρτος εργασίας, η



φροντίδα για τους ασθενείς, και οι δεξιότητες και τα καθήκοντα των νοσηλευτών (Najimi, Goudarzi & Sharifirad, 2012).

Ο Sarafis και οι συνεργάτες του (2016) διαπίστωσαν ότι η επαφή με το θάνατο, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, οι συγκρούσεις με τους επόπτες και η αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπευτική επίδραση προκαλούν σημαντικά υψηλότερο στρες. Οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους αποκαλύφθηκαν ως ανεξάρτητος παράγοντας πρόβλεψης για επιβεβαίωση της ανθρώπινης παρουσίας, επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες και διαστάσεις σεβασμού του ασθενούς, συγκρούσεις με γιατρούς για σεβασμό για τον ασθενή, ενώ οι συγκρούσεις με τους επόπτες και η αβεβαιότητα σχετικά με τις διαστάσεις της θεραπείας ήταν ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας. Τέλος, ο παράγοντας άγχους των διακρίσεων αποκαλύφθηκε ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία, ενώ το άγχος που προκύπτει από συγκρούσεις με εποπτικούς φορείς συνδέθηκε ανεξάρτητα με την ψυχική υγεία.

Μελέτες σχετικά με το στρες προσέφεραν περιορισμένη παρουσίαση της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα επίπεδα στρες των νοσηλευτών. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ιορδανία για τον προσδιορισμό της σχέσης μεταξύ των επιπέδων στρες και των δημογραφικών μεταβλητών, διαπίστωσε ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρέασε σημαντικά το άγχος στους νοσηλευτές, με τους παντρεμένους νοσηλευτές να έχουν υψηλότερη βαθμολογία στρες (Subih et al., 2013). Μια άλλη δημογραφική μεταβλητή αντιμετωπίστηκε από τον Yada (2009), ο οποίος διαπίστωσε ότι οι διαφορές μεταξύ των φύλων μπορεί να επηρεάσουν το άγχος που σχετίζεται με την εργασία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στρες από τους άνδρες. Επίσης, έχει βρεθεί ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ έχουν σημαντικά υψηλότερα αντιληπτά επίπεδα στρες (McCarthy, Power, & Greiner, 2010).

Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία και την ασφάλεια των ασθενών, την ανάρρωση των ασθενών και τη θεραπεία ασθενών που χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα. Ένα άτομο επισκέπτεται ένα νοσοκομείο με την πεποίθηση ότι θα τον φροντίζουν οι νοσηλευτές. Η νοσηλευτική θεωρείται ως εγγενώς αγχωτικό επάγγελμα, καθώς οι νοσηλευτές όχι μόνο αναλαμβάνουν το ρόλο των φροντιστών, διαχειριστών και εποπτών για τους ασθενείς τους, αλλά γίνονται επίσης ισχυρά πρότυπα, υποστηρικτές και εκπαιδευτικοί για τις οικογένειές τους, τις κοινότητες και τα εργασιακά τους περιβάλλοντα. Οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται για να λαμβάνουν υπόψη την ποιότητα της φροντίδας και τη ζωή του ασθενούς, αλλά σπάνια τη δική τους. Συχνά, οι νοσηλευτές αγνοούν τα δικά τους προβλήματα υγείας, τα οποία με τη σειρά τους εμποδίζουν την ποιότητα της φροντίδας. Μαθαίνουν να δέχονται προβλήματα υγείας που προέρχονται από τις σωματικές και συναισθηματικές απαιτήσεις του επαγγέλματός τους. Ενώ η υγεία των νοσηλευτών είναι σημαντική για τους ίδιους τους νοσηλευτές, είναι επίσης σημαντικό για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν στους ασθενείς

τους. Οι περισσότεροι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ασθένειες που σχετίζονται με το άγχος (Veda & Roy, 2020).

Οι Hegney, Plank και Parker (2003) ανακάλυψαν ότι λόγω ανεπαρκούς προσωπικού, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Απογοητεύονται για την αδυναμία τους να ολοκληρώσουν την εργασία τους με την επαγγελματική τους ικανοποίηση και να εκφράσουν την επιθυμία τους να εγκαταλείψουν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών έδειξαν ότι το εργασιακό άγχος μεταξύ των νοσηλευτών είναι το αποτέλεσμα της έκθεσης σε ένα συνδυασμό παραγόντων που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον και των προσωπικών παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες πιστεύεται ότι είναι δημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ. ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και εκπαίδευση), εργασιακές καταστάσεις (π.χ., θέση εργασίας, χρόνος εργασίας, αλλαγή εργασίας), επαγγελματικοί ρόλοι (π.χ. φόρτος εργασίας, προσωπική ευθύνη, συγκρούσεις) και προσωπικοί πόροι (π.χ. κοινωνική υποστήριξη και ορθολογική αντιμετώπιση) (Davey et al., 2014).

Οι Parikh, Taukari και Bhattacharya (2004) καθόρισαν το εργασιακό στρες και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης των νοσηλευτών. Το στρες μπορεί να προκληθεί εξαιτίας των ατομικών και εργασιακών χαρακτηριστικών ή της εργασιακής-οικογενειακής σύγκρουσης. Ο Hegney και οι συνεργάτες του (2006) ανέφεραν ότι σχεδόν τα τρία τέταρτα των νοσοκόμων του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα είχαν «εξαιρετικά υψηλά» ή «αρκετά υψηλά» επίπεδα στρες. Ομοίως, ο Wong και οι συνεργάτες του (2007) παρατήρησαν ότι το άγχος που σχετίζεται με την εργασία μπορεί να οφείλεται σε συνθήκες όπως ο σχεδιασμός και τα συστήματα εργασίας, η ακατάλληλη διαχείριση, οι κακές συνθήκες εργασίας και η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους και τους επόπτες. Οι Purohit και Vasava (2017) πρότειναν ότι η ανεπάρκεια πόρων, η υπερφόρτωση ρόλων και η στασιμότητα ρόλων βρέθηκαν να είναι οι βασικοί παράγοντες ύπαρξης στρες.

Δεδομένα από διαφορετικές χώρες με διαφορετικούς πολιτισμούς και συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, όπως η Ιαπωνία, η Κίνα, το Ιράν, οι Ηνωμένες Πολιτείες, και πολλές ευρωπαϊκές χώρες, υποδηλώνουν ότι το εργασιακό στρες επηρεάζει το νοσηλευτικό προσωπικό παγκοσμίως. Επιπλέον, το εργασιακό στρες επηρεάζει νοσηλευτές που εργάζονται σε διάφορους τομείς υγειονομικής περίθαλψης, όπως ογκολογικές μονάδες, κέντρα ψυχικής υγείας, τμήματα έκτακτης ανάγκης νοσοκομείων, και μονάδες εντατικής θεραπείας (Chatzigianni et al., 2018).

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, η βιβλιογραφία δείχνει ότι το εργασιακό στρες επηρεάζει το νοσηλευτικό προσωπικό. Πολλές μελέτες αποκαλύπτουν ότι οι καταστάσεις στην καθημερινή κλινική πρακτική που σχετίζονται με την αντιμετώπιση του θανάτου είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες στρες για το νοσηλευτικό προσωπικό. Ακόμη, σημαντικοί στρεσογόνοι παράγοντες είναι ο φόρτος εργασίας, η λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν τη ζωή των άλλων και το γεγονός ότι το

επάγγελμά τους τείνει να παρεμβαίνει στην οικογενειακή τους ζωή (Moustaka et al., 2010; Malliarou et al., 2010).

Όσον αφορά το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα, πρέπει να επισημανθεί ότι η χώρα έχει την τρίτη χαμηλότερη πυκνότητα νοσηλευτών μεταξύ των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (3,3 ανά 1000 πληθυσμό). Μόνο η Τουρκία και το Μεξικό ακολουθούν την Ελλάδα από αυτή την άποψη. Λόγω αυτής της κατάστασης, πολλές θέσεις εργασίας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καλύπτονται από βοηθούς νοσηλευτικής και όχι εγγεγραμμένους νοσηλευτές (Bakalis et al., 2015). Εκτός από την έλλειψη και την άβυσσο σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού, η βιβλιογραφία προτείνει ότι οι Έλληνες νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την έλλειψη αυτονομίας, την έλλειψη ενός τυποποιημένου πλαισίου σχετικά με τις εξειδικευμένες νοσηλευτικές ευθύνες και τις δύσκολες συνθήκες εργασίας που σχετίζονται με τους χαμηλούς μισθούς και τις βάρδιες εργασίας ως τους κύριες πηγές στρες. Αν και οι προαναφερθέντες στρεσογόνοι παράγοντες αναφέρονται συχνά από νοσηλευτικό προσωπικό παγκοσμίως, τα αποτελέσματα μιας διατομής έρευνας μεταξύ νοσοκόμων σε 12 ευρωπαϊκές χώρες και τις Ηνωμένες Πολιτείες αποκάλυψαν ότι οι Έλληνες νοσηλευτές αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά εξουθένωσης, πρόθεσης κύκλου εργασιών και χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την εργασία σε σύγκριση με νοσηλευτές από άλλες χώρες. (Aiken et al., 2012).

#### **4.Νοσηλευτές και επαγγελματική εξουθένωση**

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι πιο συχνή σε ορισμένα επαγγέλματα, τα οποία απαιτούν αλληλεπίδραση με άτομα, όπως εκπαιδευτικοί, επαγγελματίες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, αστυνομικοί και δικαστές. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο εξουθένωσης. Αρκετοί λόγοι πρέπει να θεωρηθούν υπεύθυνοι για την ανάπτυξη αυτού του συνδρόμου, όπως οι απαιτήσεις των ασθενών, οι πιθανοί κίνδυνοι στη νοσηλευτική περίθαλψη, ο συνεχής φόβος σφάλματος στη χορήγηση φαρμάκων, ο βαρύς φόρτος εργασίας ή η πίεση του χρόνου στην προσπάθεια παροχής φροντίδας σε πολλούς ασθενείς κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας εργασίας, η έλλειψη σεβασμού από το κοινό, η αντιπαράθεση της παραδοσιακής κυριαρχίας των ιατρών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η συχνή και απρόβλεπτη επιθετική συμπεριφορά ή βία από ασθενείς κατά την εργασία, η έλλειψη σαφήνειας ρόλου, η έλλειψη προσωπικού και η έλλειψη υποστήριξης στο εργασιακό περιβάλλον. Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται στενά με την ανάπτυξη του συνδρόμου εξουθένωσης είναι ο τύπος της προσωπικότητας και ιδιαίτερα η «σκληρότητα» που αντικατοπτρίζει τη σχετική ικανότητα του ατόμου

να παραμείνει υγιές σε έντονες, επαναλαμβανόμενες ή μακροχρόνιες αγχωτικές καταστάσεις (Mudallal, Othman & Hassan, 2017).

Παρόλο που έχουν αναφερθεί μεγάλες διακυμάνσεις στην επικράτηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας, είναι πολύ πιθανό να επηρεάσει νοσηλευτές, που εργάζονται με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο ή HIV και σε αυτούς που εργάζονται σε τμήματα έκτακτης ανάγκης ή μονάδες εντατικής θεραπείας. Όσον αφορά τους νοσηλευτές που εργάζονται με ασθενείς με AIDS, είναι εμφανής ο φόβος της μετάδοσης, καθώς και η επιθυμία αποφυγής μολυσμένων ασθενών και η αίσθηση ματαιότητας. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι τα Τμήματα Έκτακτης Ανάγκης ή οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας χαρακτηρίζονται από υψηλό επίπεδο άγχους που σχετίζεται με την εργασία, καθώς διαχειρίζονται γενικά απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις (Reith, 2018).

Η κλιμάκωση του προβλήματος στηρίζει την άποψη ότι ένα εργασιακό περιβάλλον που προσφέρει κίνητρα, εμπιστοσύνη, επικοινωνία, σεβασμό, προσωπική και ομαδική υποστήριξη και επιτρέπει την ανεξαρτησία μπορεί να ελαχιστοποιήσει την επίπτωση του συνδρόμου εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, η ενίσχυση της ευαισθητοποίησης των εποπτικών αρχών σχετικά με τα σημεία και τα συμπτώματα του συνδρόμου εξουθένωσης θα ήταν επωφελής για την αναγνώριση των ατόμων που κινδυνεύουν. Επιπλέον, η εισαγωγή μιας ομάδας υποστήριξης στην καθημερινή κλινική πρακτική θα προσφέρει έγκαιρη παρέμβαση στη θεραπεία του συνδρόμου και την εφαρμογή κατάλληλων λύσεων και μηχανισμών αντιμετώπισης (Chemali et al., 2019).

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην εξουθένωση και η αύξηση του επιπολασμού της εξουθένωσης μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης τα τελευταία χρόνια έχει τεκμηριωθεί καλά. Εμπειρογνώμονες στις Ηνωμένες Πολιτείες θεώρησαν πρόσφατα την εξουθένωση του ιατρού ως κρίση δημόσιας υγείας, με έως και το 78% των γιατρών τουλάχιστον μερικές φορές να βιώνουν συναισθήματα εξουθένωσης (Chemali et al., 2019). Μελέτες έχουν επίσης αναφέρει υψηλά ποσοστά εξουθένωσης μεταξύ φοιτητών ιατρικής, φοιτητών νοσηλευτικής, και νοσηλευτών, με τον επιπολασμό να ανέρχεται σε 44.2, 45 και 50% αντίστοιχα. Τα ποσοστά εξουθένωσης μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε άλλες χώρες με υψηλό εισόδημα έχουν αναφερθεί ως συγκρίσιμα (Frajerman et al., 2019).

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που αντιμετωπίζουν επαγγελματική εξουθένωση μπορεί συνεπώς να αναπτύξουν συμπτώματα όπως άγχος, ευερεθιστότητα, αλλαγές στη διάθεση και κατάθλιψη. Επιπλέον, η εξουθένωση έχει αποτελέσματα φυσικής υγείας, όπως πόνους, πεπτικές διαταραχές και καρδιαγγειακούς κινδύνους. Μελέτες δείχνουν περαιτέρω ότι οι γιατροί που αντιμετωπίζουν επαγγελματική εξουθένωση είναι πιο πιθανό να αναφέρουν δυσαρέσκεια από την εργασία και προτίθενται να εγκαταλείψουν το ιατρικό επάγγελμα. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει

επίσης συσχετίζεται με αποπροσωποποίηση, μειωμένη αυτοπεποίθηση, αυξημένες απουσίες, προσωπικά και οικογενειακή προβλήματα. Τέλος, η επαγγελματική εξουθένωση είναι ανησυχητική, καθώς δεν έχει μόνο δαπανηρές συνέπειες για τον πάροχο, αλλά και για τους ασθενείς και ολόκληρο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η ευημερία του παρόχου συνδέεται με την παροχή ποιοτικής φροντίδας και ευνοϊκών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς. Μια εκτίμηση του κόστους της περικοπής του γιατρού και της πρόωρης συνταξιοδότησης υποδηλώνει ότι ανέρχεται σε τουλάχιστον 160 εκατομμύρια δολάρια σε απώλειες υπηρεσιών ασθενών (Salvagioni et al.,2017; Rathert et al.,2018).

Σύμφωνα με την έρευνα του Chemali και των συνεργατών του (2019), η εξουθένωση είναι διαδεδομένη μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών στη Μέση Ανατολή. Οι εκτιμήσεις επικράτησης κυμαίνονται μεταξύ 40 και 60% με αναφερόμενα ποσοστά μεταξύ 13 και 100%. Οι νοσηλευτές ανέφεραν τα υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Τα υψηλά επίπεδα εξουθένωσης συσχετίστηκαν με σκληρές συνθήκες εργασίας, άγχος και έκθεση σε βία και συγκρούσεις. Μελέτες στη Μέση Ανατολή διατηρούν προηγούμενη έρευνα μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που έχουν δείξει ότι οι παράγοντες κινδύνου για επαγγελματική εξουθένωση περιλαμβάνουν γυναικείο φύλο, νεαρή ηλικία και χαμηλή υποστήριξη και πόρους για τη διαχείριση του φόρτου εργασίας. Ο αριθμός των αναφερόμενων παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην ανακούφιση της εξάντλησης στη Μέση Ανατολή είναι περιορισμένος. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις που έχουν γίνει προσπάθειες είναι παρόμοιες με κάποιες που έχουν δείξει οφέλη στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη (π.χ. γνωστικές δεξιότητες, ομάδες υποστήριξης). Η διάρκεια αυτών των παρεμβάσεων κυμαινόταν από μία εβδομάδα έως ένα έτος ανάλογα με τη μορφή.

Επιπρόσθετα, ο Alyaemni (2019) βρήκε ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές έχουν τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης εξουθένωσης και ότι η εξουθένωση είναι πιο διαδεδομένη μεταξύ εκείνων που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας και νοσοκομειακούς θαλάμους. Ακόμη, οι παντρεμένοι γιατροί σημείωσαν υψηλότερη εξουθένωση, ενώ οι νέοι και οι άπειροι νοσηλευτές είχαν την τάση να αναφέρουν συναισθηματική εξάντληση και χαμηλή συμμετοχή στην εργασία. Επίσης, η μελέτη έδειξε ότι οι γιατροί και οι άνδρες δεν ήταν σε θέση να ασκήσουν προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες.

Παρόλο που το έργο των επαγγελματιών του τομέα της υγείας μπορεί να είναι ικανοποιητικό, παράγοντες όπως η ανισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, οι πολλές ώρες εργασίας, οι υπερωρίες, ο φόρτος εργασίας, η δυσφορία που προκαλείται από παράπονα και η έλλειψη αμοιβαιότητας στις σχέσεις με ασθενείς και συναδέλφους μπορεί να μειώσει την ικανοποίηση από την εργασία και κατά συνέπεια να αυξήσει τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο de Paiva και οι συνεργάτες του (2017) στην μελέτη τους διαπίστωσαν ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και χώρου εργασίας με την συναισθηματική εξάντληση. Η συναισθηματική εξάντληση ήταν

χαμηλότερη στους κλινικούς νοσηλευτές που εργάζονταν στο γενικό νοσοκομείο και ήταν υψηλότερη σε εκείνους που εργάζονταν στη μονάδα μητρότητας. Η μονάδα μητρότητας είναι μια μονάδα έκτακτης ανάγκης υψηλής πίεσης, η οποία εξηγεί τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε εκείνους που εργάζονται εκεί. Συνεπώς, η χαμηλή συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται με το γενικό προφίλ του νοσοκομείου, όπου υπάρχουν μειωμένο περιβαλλοντικό στρες και χαμηλός κύκλος εργασιών. Η συναισθηματική εξάντληση θεωρείται το πρώτο στάδιο επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και η κύρια αιτία της εμφάνισής της. Αυτό οδηγεί σε άγχος και χαμηλή ενέργεια, τα οποία με τη σειρά τους προκαλούν μείωση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Ακόμη και όταν υπάρχουν μόνο χαμηλά επίπεδα, μπορεί να διαταράξει σοβαρά την κοινωνική δυναμική, ιδίως όσον αφορά την ισορροπία ισχύος του νοσοκομείου μεταξύ κλινικών και νοσοκόμων, αλλά και μεταξύ των συναδέλφων γενικά. Επίσης, οι ερευνητές διαπίστωσαν υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης σε νοσηλευτές ειδικότητας (σε ποσοστό 61,1%). Αυτό θα μπορούσε να προκύψει από τις μεγαλύτερες ευθύνες που επιβάλλονται σε εκείνους με υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, και τις υψηλότερες επαγγελματικές προσδοκίες. Η αποπροσωποποίηση ήταν πιο εμφανής στις γυναίκες (50,2%) σε σχέση με τους άνδρες (32,0%) νοσηλευτές. Στις γυναίκες, η επαγγελματική εξουθένωση έχει επίσης συσχετιστεί με την οικογενειακή κατάσταση, την έλλειψη ύπνου, τον πόνο στην πλάτη και τις αρνητικές επιπτώσεις στην οικογενειακή ζωή (de Paiva et al., 2017).

Οι επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης στις πρώτες γραμμές κατά του COVID-19 ενδέχεται να αντιμετωπίσουν αυξημένο φόρτο εργασίας και άγχος. Η κατανόηση του κινδύνου για εξουθένωση είναι ζωτικής σημασίας για την υποστήριξη των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης και τη διατήρηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Morgantini et al., 2020). Περισσότερες από 200 χώρες παγκοσμίως επηρεάζονται από την εξάπλωση του COVID-19. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψής τους μεγιστοποιούν τις προσπάθειες για την ανάπτυξη πόρων προκειμένου να μετριαστεί η εξάπλωση και να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από το COVID-19. Μεγάλος αριθμός επαγγελματιών στον τομέα της υγείας στις πρώτες γραμμές αντιμετωπίζουν υψηλές δυσκολίες, φόρτο εργασίας και άγχος, καθιστώντας τους ευάλωτους στην εξουθένωση (Morgantini et al., 2020).

Οι ερευνητές έχουν αρχίσει να διερευνούν τον αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Ο Barello και οι συνεργάτες του (2020), αξιολόγησαν 376 Ιταλούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, που αλληλεπιδράσαν με μολυσμένους ασθενείς με COVID-19 για την αναφερόμενη εξουθένωση, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα και την αυτο-αντιληπτή γενική υγεία. Διαπίστωσαν στον πληθυσμό της μελέτης τους, υψηλή συναισθηματική εξουθένωση, σωματικά συμπτώματα και πίεση που σχετίζεται με την εργασία.

Η Society of Critical Care Medicine ερευνήσε 9492 κλινικούς μονάδων εντατικής θεραπείας στις

ΗΠΑ και διαπίστωσε ότι το διάμεσο αυτοαναφερόμενο άγχος, που μετρήθηκε σε κλίμακα από 0 έως 10, αυξήθηκε από 3 σε 8 κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Society of Critical Care Medicine, 2020). Οι κύριοι παράγοντες άγχους περιλάμβαναν την ανησυχία για την έλλειψη εξοπλισμού ατομικής προστασίας και την εργασία που επηρεάζει τις δραστηριότητες και τις αλληλεπιδράσεις των νοικοκυριών. Ο Shanafelt και οι συνεργάτες του (2020), προσδιόρισαν την ανάγκη για παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να φροντίζουν ασθενείς που απαιτούν κλινικές δεξιότητες πέρα από την εκπαίδευσή τους ως επιπρόσθετο στρες, μεταξύ άλλων. Ο Zerbini και οι συνεργάτες του (2020) εντόπισαν πώς οι Γερμανοί νοσηλευτές που εργάζονταν σε θαλάμους COVID-19 ανέφεραν χειρότερες βαθμολογίες εξουθένωσης σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους σε τακτικούς θαλάμους, ενώ οι γιατροί ανέφεραν παρόμοιες βαθμολογίες ανεξάρτητα από τον φόρτο εργασίας λόγω COVID-19. Αντιθέτως, ο Wu και οι συνεργάτες του (2020) ανέφεραν στη μελέτη τους με δείγμα 190 παρόχους υγειονομικής περίθαλψης στο Wuhan, πώς άτομα που εργάζονταν στο συνηθισμένο τους θάλαμο ανέφεραν υψηλότερη συχνότητα εξουθένωσης και φόβο μόλυνσης, σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που εργάζονταν με ασθενείς με COVID-19.

Σύμφωνα με την έρευνα του Morgantini και των συνεργατών του (2020), μεταξύ των ερωτηθέντων, οι μισοί νοσηλευτές από 33 χώρες ανέφεραν επαγγελματική εξουθένωση. Τα ποσοστά εξουθένωσης κυμαίνονταν από 43% έως 48%. Η εξουθένωση των νοσηλευτών που εργαζόντουσαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 συσχετίστηκε με παράγοντες που συνήθως αυξάνουν την πιθανότητα εξάντλησης των νοσηλευτών. Σε αυτά περιλαμβάνονται ο υψηλός φόρτος εργασίας, η λήψη αποφάσεων με προτεραιότητα ζωής ή θανάτου (υψηλό στρες εργασίας), η εργασία που επηρεάζει την ικανότητα εκτέλεσης οικιακών δραστηριοτήτων (υψηλή πίεση χρόνου) και η περιορισμένη οργανωτική υποστήριξη. Η εξουθένωση ήταν υψηλότερη σε εκείνες τις χώρες όπου η πανδημία COVID-19 αυξήθηκε κατά τη στιγμή της συλλογής δεδομένων (π.χ. στις ΗΠΑ) σε σύγκριση με εκείνες στις οποίες μειώθηκε (π.χ. Ιταλία) ή δεν είχε φτάσει στην κορυφή (π.χ. Τουρκία). Πρόσφατες μελέτες σχετικά με την ψυχική υγεία των νοσηλευτών ως απόκριση στο COVID-19 από την Κίνα, καθώς και προηγούμενες μελέτες άλλων πανδημιών, έδειξαν ότι οι νοσηλευτές μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη, άγχος και διαταραχή μετατραυματικού στρες.

## **5.Επιρροή του Covid-19 στην ψυχολογική κατάσταση των νοσηλευτών**

Η πανδημία Covid-19 έχει επιβαρύνει πολύ τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Armocida et al., 2020) συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων. Προηγούμενες ιογενείς επιδημίες έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης και άλλων δυσμενών αποτελεσμάτων σωματικής υγείας (Xiao et al., 2020). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι στην

υγειονομική περίθαλψη ανέφεραν προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες, της εξάντλησης, της κατάθλιψης και του άγχους (Lancee et al., 2008; Park et al., 2018). Ομοίως, αναφορές για τον ψυχικό φόρτο στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας έχουν εμφανιστεί και κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας (Huang et al., 2020; Tsamakidis et al., 2020). Αρκετές έρευνες έχουν έχει ήδη διεξαχθεί για την ψυχική υγεία των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη στην πανδημία Covid-19. Η Pappa και οι συνεργάτες της (2020) ανέφεραν ότι περισσότεροι από ένας στους πέντε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας υπέφεραν από άγχος και / ή κατάθλιψη, και σχεδόν δύο στους πέντε ανέφεραν αϋπνία.

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, ειδικά εκείνοι που εργάζονται στην πρώτη γραμμή, έχουν αναφέρει αρνητικές συνέπειες ως αποτέλεσμα της έκθεσης στο άγχος και τον φόβο να μολύνουν τον εαυτό τους ή τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Σε μια εγκάρσια μελέτη 1257 εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε 34 νοσοκομεία στην Κίνα, 634 (50%) ανέφεραν συμπτώματα κατάθλιψης, 560 (45%) ανέφεραν άγχος, 427 (34%) ανέφεραν αϋπνία και 899 (72%) ανέφεραν αγωνία. Αυτά τα συμπτώματα ήταν περισσότερο συχνά στις γυναίκες παρά στους άνδρες, και στους νοσηλευτές παρά στους ιατρούς. Οι παράγοντες κινδύνου περιελάμβαναν την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και επικοινωνίας, κακές προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης και έλλειψη εκπαίδευσης (συνήθως έλλειψη εκπαίδευσης σε καταστροφές), έκθεση σε τραύμα για το οποίο δεν είναι προετοιμασμένοι (Moreno et al., 2020).

Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες από επιδημίες SARS ή Ebola, η εμφάνιση μιας ξαφνικής και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας θα μπορούσε να οδηγήσει σε έκτακτες ποσότητες πίεσης στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας (Liu et al., 2012). Ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η σωματική εξάντληση, ο ανεπαρκής προσωπικός εξοπλισμός, η νοσοκομειακή μετάδοση και η ανάγκη να ληφθούν ηθικά δύσκολες αποφάσεις σχετικά με το σκεπτικό της περίθαλψης μπορεί να έχουν δραματικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική τους ευεξία. Η ανθεκτικότητά τους μπορεί να διακυβευθεί περαιτέρω από την απομόνωση και την απώλεια κοινωνικής υποστήριξης, κινδύνου ή λοιμώξεις φίλων και συγγενών καθώς και δραστικές, συχνά ενοχλητικές αλλαγές στον τρόπο εργασίας. Οι νοσηλευτές, επομένως, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως φόβο, άγχος, κατάθλιψη και αϋπνία (Lung et al., 2009). Οι άμεσες παρεμβάσεις είναι απαραίτητες για την ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και την ενίσχυση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Η σαφής επικοινωνία, ο περιορισμός των υπερωριών, η παροχή χώρων ανάπαυσης καθώς και η ευρεία πρόσβαση και οι λεπτομερείς κανόνες για τη χρήση και τη διαχείριση προστατευτικού εξοπλισμού και η εξειδικευμένη εκπαίδευση για το χειρισμό ασθενών με COVID-19 θα μπορούσαν να μειώσουν το άγχος (Pappa et al., 2020).



Δυστυχώς, υπήρξαν επίσης αναφορές αυτοκτονιών, καθώς οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν συσσωρευμένη ψυχολογική πίεση και έντονο φόβο θανάτου (Montemurro, 2020; Papoutsis et al., 2020). Αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό δεδομένου ότι οι γιατροί διατρέχουν ήδη αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (West et al., 2018). Μια μελέτη που διερευνά παράγοντες που σχετίζονται με τις ψυχολογικές δυσκολίες των επαγγελματιών υγείας, διαπίστωσε ότι η μόλυνση των συναδέλφων, η μόλυνση των μελών της οικογένειας, τα προστατευτικά μέτρα και η ιατρική βία, ήταν μεταξύ των κύριων ανησυχιών των επαγγελματιών υγείας (Dai et al., 2020).

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην καταπολέμηση των μολυσματικών ασθενειών. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι νοσηλευτές αντιμετώπιζαν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από τους γιατρούς σε ορισμένες χώρες. Η πανδημία προκάλεσε όχι μόνο νοσηρότητα και θνησιμότητα, αλλά και ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Υψηλές προσδοκίες, έλλειψη χρόνου, δεξιοτήτων και κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να οδηγήσουν στο εργασιακό άγχος που, με τη σειρά του, προκαλεί άγχος, διαταραχή μετατραυματικού στρες, αγωνία, εξάντληση και άλλα ψυχολογικά προβλήματα. Οι νοσηλευτές μπορεί επίσης να παρουσιάσουν μια σειρά σωματικών συμπτωμάτων, όπως αίσθημα παλμών, ναυτία, δύσπνοια και ζάλη. Η ασαφής κατάσταση της ασθένειας και η αβεβαιότητα σχετικά με τις πολιτικές θεραπείας και φροντίδας COVID-19 επιδεινώνουν το άγχος των νοσηλευτών, επηρεάζοντας την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και προκαλώντας ακόμη και παραιτήσεις. Σε κρίσεις δημόσιας υγείας, διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Οι συνήθεις παράγοντες κινδύνου που προκαλούν στρες και άγχος κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας περιλαμβάνουν την έλλειψη αποτελεσματικών συστημάτων διαχείρισης νοσοκομείων, έλλειψη προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού και εκπαίδευση, έκθεση σε επιβεβαιωμένα περιστατικά, φόβος για μόλυνση, φόβος για εξάπλωση στα μέλη της οικογένειας, ανησυχίες σχετικά με τα παιδιά, πολλές ώρες εργασίας και βαρύς φόρτος εργασίας. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι η επίδραση στην ψυχική υγεία ποικίλλει ανάλογα με το φύλο. Κατά τη διάρκεια της επιδημίας Ebola, οι άνδρες εργαζόμενοι στην υγεία εμφάνισαν περισσότερη ψυχική δυσφορία (Cui et al., 2021).

Ειδικά όσον αφορά τους νοσηλευτές, ο Sanghera και οι συνεργάτες του (2020) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, συγκριτικά με τους γιατρούς. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών πρώτης γραμμής, είχαν κατάθλιψη, άγχος, επαγγελματική εξουθένωση και αϋπνίες. Μάλιστα, αυτά ήταν συχνότερα σε νοσηλευτές με εμπειρία λιγότερη των 5 ετών και εξαντλητικές υπερωρίες. Οι Al Maqbali, Al Sinani και Al-Lenjawī (2021), στην πρόσφατη μετα-ανάλυσή τους (93 μελέτες και συνολικό δείγμα 93.112 νοσηλευτές), διαπίστωσαν ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης και του άγχους ήταν 35% και 37% και ο επιπολασμός του στρες και της διαταραχής του ύπνου ήταν 43% και 43%. Ο Liu και οι συνεργάτες του (2020a) διαπίστωσαν επίσης, ότι οι νοσηλευτές νιώθουν ακόμη μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία

όταν ένας ασθενής πεθαίνει. Οι επαγγελματίες υγείας της μέσης ηλικίας τείνουν να έχουν υψηλότερο κίνδυνο προβλημάτων ψυχικής υγείας. Αυτή η ομάδα πληθυσμού έχει συνήθως υψηλότερα οικογενειακά βάρη που θα επηρεάσουν την ψυχική τους κατάσταση. Όταν αντιμετωπίζουν μια ασθένεια με σχετικά υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης ή θάνατο, μπορεί να έχουν περισσότερο άγχος ή άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς θα ήταν πιο πιθανό να ανησυχούν για την οικογένεια. Το ιατρικό προσωπικό που είναι διαζευγμένοι ή χήροι, έχουν ψυχολογική δυσφορία υψηλότερου κινδύνου. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με λιγότερη επικοινωνία ή φροντίδα από μια στενή σχέση. Αυτό σημαίνει ότι η οικογενειακή υποστήριξη είναι σημαντική για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας. Όσον αφορά τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, σε σύγκριση με τους γιατρούς, οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερο κίνδυνο άγχους ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή οι νοσηλευτές έχουν συνήθως υψηλότερο φόρτο εργασίας από τους γιατρούς. Ο κίνδυνος έκθεσής τους είναι υψηλότερος επειδή συνήθως μένουν σε πτέρυγες περισσότερο και παρέχουν άμεση νοσηλευτική πρακτική σε ασθενείς. Η ψυχική τους κατάσταση μπορεί επίσης να επηρεαστεί από καταστάσεις ή ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών (Liu et al., 2020b).

Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα έχουν διαπιστωθεί και σε Έλληνες νοσηλευτές (Tselebis et al., 2020; Pappa et al., 2020). Ο Tselebis και οι συνεργάτες του (2020) διαπίστωσαν ότι οι Έλληνες νοσηλευτές έχουν σοβαρά προβλήματα αϋπνίας και κακού ύπνου, και μέτρια και υψηλά ποσοστά στρες. Επίσης, τα μοντέλα παλινδρόμησης αποκάλυψαν ότι οι βαθμολογίες στην Κλίμακα του Αντιληπτού Στρες και τα έτη εργασιακής εμπειρίας ήταν σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης των βαθμολογιών στην Κλίμακα Αϋπνίας, το καθένα εξηγώντας το 43,6% και το 2,3% της διακύμανσης. Οι βαθμολογίες στην Κλίμακα Αϋπνίας και οι βαθμολογίες στην Κλίμακα Οικογενειακής Υποστήριξης ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες του αντιληπτού στρες, εξηγώντας το 43,7% και το 9,2% της διακύμανσης. Επίσης, η Pappa και οι συνεργάτες της (2020) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες έχουν περισσότερο άγχος, στρες, και κατάθλιψη από τους άνδρες. Παρόμοια με άλλες έρευνες, και στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές είναι πιο ευάλωτοι σε ψυχολογικά προβλήματα συγκριτικά με τους γιατρούς.

Οι αντιδράσεις των νοσηλευτών στο στρες της τρέχουσας πανδημίας πρέπει να εξεταστούν από την άποψη της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία. Το στρες και η εξάντληση αναγνωρίστηκαν διεθνώς ως κίνδυνοι εργασίας για νοσηλευτές πριν από την πανδημία. Παρόλο που η έρευνα δείχνει ότι τόσο οι επαγγελματικοί παράγοντες, όσο και οι παράγοντες προσωπικότητας παίζουν ρόλο στην εξουθένωση, το 2019 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε την εξάντληση ως επαγγελματικό φαινόμενο - παρά ιατρική κατάσταση. Η έναρξη της πανδημίας COVID-19 έχει αυξήσει το εργασιακό άγχος μεταξύ ενός ήδη τεταμένου νοσηλευτικού σώματος, θέτοντας σε κίνδυνο την ψυχική υγεία και την ευημερία τους. Πρόσφατη έρευνα από την Κίνα και την Ιταλία, δύο έθνη που βίωσαν την πρόωμη

φάση της πανδημίας, διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που συμμετείχαν άμεσα στη φροντίδα των ασθενών με COVID-19 είχαν αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Αυτές οι πρώτες δημοσιεύσεις σχετικά με τον αντίκτυπο της πανδημίας στους εργαζομένους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης επισήμαναν την έκθεση της πρώτης γραμμής σε ασθενείς με COVID ως κύριο παράγοντα κινδύνου, αλλά εντόπισαν μερικές άλλες μεταβλητές που εξηγούν τα αναφερόμενα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, αϋπνίας, ψυχολογικής δυσφορίας και μετατραυματικού στρες στους νοσηλευτές (Arnetz, et al., 2020). Η ιταλική μελέτη 1379 εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, εκ των οποίων οι 472 ήταν νοσηλευτές, διαπίστωσε ότι η ύπαρξη ενός συναδέλφου που νοσηλεύτηκε ή ήταν σε καραντίνα συσχετίστηκε με χειρότερη ψυχική υγεία (Rossi et al., 2019).

Κατά την περίοδο 20 Μαρτίου – 10 Απριλίου 2020, η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (ANA) πραγματοποίησε μια εθνική έρευνα σχετικά με τις ανησυχίες και τις εμπειρίες των νοσηλευτών κατά την πρώιμη φάση της πανδημίας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Συνολικά 32.000 νοσηλευτές απάντησαν στην έρευνα που ρώτησε για τις επαγγελματικές τους ανάγκες και ανησυχίες σχετικά με την εμφάνιση του COVID. Σχεδόν τρία τέταρτα (74%) ανέφεραν ότι το κύριο μέλημά τους ήταν η έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού ατομικής προστασίας και περισσότερα από τα δύο τρίτα (64%) ανησυχούσαν για την ασφάλεια της οικογένειας και των φίλων τους. Πάνω από το 85% εξέφρασαν φόβο να πάνε στο χώρο εργασίας τους. Αν και μεγάλη σε κλίμακα, η έρευνα επικεντρώθηκε σε αντιληπτές ανησυχίες και ανάγκες σχετικά με την εκπαίδευση και το προσωπικό και δεν έθεσε ερωτήσεις σχετικά με τη σωματική και ψυχική υγεία ή τις αγχωτικές καταστάσεις. Δύο πρόσφατες ποιοτικές μελέτες διερεύνησαν τις εμπειρίες των νοσηλευτών (American Nurses Association, 2020). Ο Sun και οι συνεργάτες του (2020) επικεντρώθηκαν σε ψυχολογικές αντιδράσεις 20 νοσηλευτών, αναφέροντας ότι τα αρχικά αρνητικά συναισθήματα εξελίχθηκαν σε ένα μείγμα θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Αυτή η μελέτη εντόπισε κόπωση, φόβο και άγχος που σχετίζεται με το άγνωστο, ως πηγές αρνητικών συναισθημάτων, αλλά δεν εντόπισε άλλες συγκεκριμένες αιτίες του στρες. Ο Liu και οι συνάδελφοί του (2020a) πήραν συνέντευξη από εννέα νοσηλευτές και τέσσερις γιατρούς από μια επαρχία στην Κίνα σχετικά με τις εμπειρίες τους στη φροντίδα των ασθενών με COVID-19. Αυτή η μελέτη εντόπισε τρία βασικά θέματα: ένα αίσθημα καθήκοντος / ευθύνης, προκλήσεις που σχετίζονται με την εργασία και ανθεκτικότητα ανάμεσα στις προκλήσεις.

Ενώ η έρευνα σχετικά με τις επιπτώσεις της πανδημίας στην υγεία και την ευεξία των νοσηλευτών εξακολουθεί να είναι σε μικρή κλίμακα, πολλές πρόσφατες δημοσιεύσεις επισημαίνουν έναν αριθμό αγχωτικών παραγόντων που θα μπορούσαν ενδεχομένως να συμβάλουν σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Σε αυτά περιλαμβάνονται ο φόβος μόλυνσης για τον εαυτό και τα αγαπημένα πρόσωπα, τα υψηλά ποσοστά μετάδοσης του Covid και της θνησιμότητας, αλλά και ο φόβος για το άγνωστο

σχετικά με αυτήν την ασθένεια. Τα επίπεδα άγχους που σχετίζονται με την εργασία και το βάρος των εξαιρετικά μεγάλων ωρών εργασίας είναι επαναλαμβανόμενα θέματα που αντικατοπτρίζονται επίσης στις έρευνες. Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν επίσης υψηλότερες αναλογίες ασθενών-νοσηλευτών και πολλοί έχουν αναγκαστεί να εργαστούν εκτός των ειδικοτήτων τους, παράγοντες που αυξάνουν το άγχος της μετάδοσης, έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού και φόβο για το άγνωστο (Arnetz et al., 2020). Αρκετές από τις δημοσιεύσεις σημειώνουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν επίπεδα θανάτων ασθενών που είναι άνευ προηγουμένου, ακόμη και σε ένα επάγγελμα όπου αναμένεται να συναντηθούν θάνατοι. Ο Jackson και οι συνεργάτες του (2020, σελ. 2042) το περιέγραψαν αυτό ως ένα «*τσουνάμι του θανάτου που σε συνδυασμό με την εξάντληση της εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε έντονα συναισθήματα επαγγελματικής αποτυχίας ακόμη και μεταξύ των έμπειρων νοσηλευτών*». Επίσης, οι νοσηλευτές βιώνουν την πρόσθετη πίεση της επανειλημμένης ενημέρωσης των μελών της οικογένειας των ασθενών που δεν μπορούν να είναι μαζί με τον ασθενή λόγω της πανδημίας (Arnetz et al., 2020).

Η φυσική και συναισθηματική εξάντληση που σχετίζεται με τη διαχείριση μεγάλων όγκων περιπτώσεων COVID-19, η έλλειψη προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού, ο κίνδυνος νοσοκομειακών λοιμώξεων και ο φόβος δευτερογενούς μετάδοσης στα μέλη της οικογένειας, ο φόβος απόρριψης και η κοινωνική απομόνωση καθιστά τους νοσηλευτές πιο ευάλωτους στους ψυχολογικούς παράγοντες της πανδημίας COVID-19. Παρόμοια με τα προηγούμενα κρούσματα, το άγχος που προκαλείται από αυτή τη βιο-καταστροφή (COVID-19) έχει τη δυνατότητα να εξελιχθεί σε μετατραυματικό στρες. Το μετατραυματικό στρες έχει ήδη αναφερθεί ως η κύρια ψυχιατρική διαταραχή που σχετίζεται με εμπειρίες ή δραστηριότητες που σχετίζονται με καταστροφές, ειδικά μεταξύ εκείνων που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της μάχης κατά της πανδημίας. Μετά την πανδημία COVID-19, οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται συνεχώς για να ανταποκριθούν στις βαριές απαιτήσεις υγειονομικής περίθαλψης και εκτίθενται σε υψηλότερα επίπεδα ψυχιατρικών νοσημάτων. Είναι πιθανό ότι αυτά τα ψυχιατρικά ζητήματα θα ακολουθήσουν μια χρόνια πορεία και θα οδηγηθούν σε μετατραυματικό στρες όταν τελειώσει οριστικά η πανδημία. Ως εκ τούτου, είναι ζωτικής σημασίας να εκτιμηθεί ο ψυχολογικός αντίκτυπος μεταξύ των νοσηλευτών καθ' όλη τη διάρκεια της εξέλιξης της πανδημίας COVID-19 για το σχεδιασμό πρώιμων παρεμβάσεων για τη βελτίωση των ψυχολογικών αποτελεσμάτων (Batra et al., 2020).

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1.Σκοπός

Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι να διερευνήσει τα επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης των Ελλήνων νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες/κλινικές COVID-19.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται είναι:

- Ποια είναι τα επίπεδα στρες των νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες/κλινικές COVID-19;
- Ποια είναι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες/κλινικές COVID-19;
- Ποια η συσχέτιση των επιπέδων στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους;

## 2.Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

### 2.1 Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 102 νοσηλευτές που εργάζονται σε κλινικές/μονάδες Covid-19. Το δείγμα της έρευνας δεν προέρχεται από νοσηλευτές που εργάζονται σε κάποιο συγκεκριμένο νοσοκομείο, αλλά αποτελείται από νοσηλευτές που εργάζονται σε κλινικές/μονάδες νοσοκομείων του δημόσιου τομέα, σε όλη την Ελλάδα. Για το λόγο αυτό, δεν ελήφθησαν άδειες από το επιστημονικό συμβούλιο κάποιου νοσοκομείου, και οι νοσηλευτές προσεγγίστηκαν μεμονωμένα. Όσον αφορά το είδος δειγματοληψίας, χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία χιονοστιβάδας. Η δειγματοληψία αυτή ορίζεται ως μια τεχνική δειγματοληψίας μη πιθανοτική, στην οποία τα δείγματα έχουν χαρακτηριστικά που είναι σπάνια να βρεθούν. Πρόκειται για μια τεχνική δειγματοληψίας, στην οποία τα υπάρχοντα δείγματα παρέχουν παραπομπές για την πρόσληψη δειγμάτων που απαιτούνται για μια ερευνητική μελέτη. Υπάρχουν μερικά πλεονεκτήματα στη χρήση δειγματοληψίας χιονοστιβάδας. Οι ερευνητές μπορούν να προσεγγίσουν άτομα σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό που διαφορετικά θα ήταν δύσκολο ή αδύνατο να προσεγγιστούν, είναι χαμηλού κόστους και εύκολη στην εφαρμογή (Babbie, 2018).

## 2.2 Ερωτηματολόγιο μελέτης

Προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί, πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη. Στην ιατρική έρευνα, την κοινωνική επιστήμη και τη βιολογία, μια συγχρονική μελέτη είναι ένας τύπος μελέτης παρατήρησης που αναλύει δεδομένα από έναν πληθυσμό ή ένα αντιπροσωπευτικό υποσύνολο, μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Οι συγχρονικές μελέτες περιλαμβάνουν δεδομένα που συλλέγονται σε καθορισμένο χρόνο και χρησιμοποιούνται συχνά για την εκτίμηση του επιπολασμού διάφορων παθήσεων (Babbie, 2018).

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο. Η χρήση ερωτηματολογίων επιτρέπει να συλλεχθούν εύκολα και σε σύντομο χρονικό διάστημα δεδομένα από ικανοποιητικό δείγμα, επιπλέον η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προκύπτουν είναι ευκολότερη, ενώ εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων (Babbie, 2018). Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από τις εξής θεματικές: δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, εκπαιδευτικό επίπεδο, έτη προϋπηρεσίας, μηνιαίο εισόδημα, εργασιακή θέση, ωράριο εργασίας), διερεύνηση του στρες, διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Για τις τελευταίες δυο θεματικές, έγινε χρήση ψυχομετρικών κλιμάκων (βλ. Παράρτημα 1).

Για την εκτίμηση του στρες των νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Expanded Nursing Stress Scale. Η κλίμακα δημιουργήθηκε από την French και τους συνεργάτες του (2000) και έχει σταθμιστεί στα ελληνικά από τους Μουστάκα, Ζάντζος και Κωνσταντινίδης (2010). Πρόκειται για μια κλίμακα 57 στοιχείων, με εννέα υποκατηγορίες: επαφή με τον θάνατο (7 ερωτήσεις με εύρος βαθμολογίας 0-28), ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους (3 ερωτήσεις με εύρος βαθμολογίας 0-12), διακρίσεις (3 ερωτήσεις με εύρος βαθμολογίας 0-20), φόρτος εργασίας (9 ερωτήσεις με εύρος βαθμολογίας 0-36), αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα (9 ερωτήσεις με εύρος βαθμολογίας 0-36), συγκρούσεις με τους ιατρούς (5 ερωτήσεις με εύρος βαθμολογίας 0-20), συγκρούσεις με τους συναδέλφους (6 ερωτήσεις με εύρος βαθμολογίας 0-24), συγκρούσεις με τους προϊσταμένους (7 ερωτήσεις με εύρος βαθμολογίας 0-28), αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους (8 ερωτήσεις με εύρος βαθμολογίας 0-32). Κάθε ερώτηση κατατάσσεται σε μια κλίμακα Likert 4 βαθμών από 0 έως 4 (0=Δεν ισχύει, 1=Καθόλου στρεσογόνο, 2= Λίγο στρεσογόνο, 3= Αρκετά στρεσογόνο, 4= Εξαιρετικά στρεσογόνο). Όσο μεγαλύτερη η συνολική βαθμολογία, τόσο μεγαλύτερο είναι το στρες. Από την κλίμακα μπορεί να υπολογιστεί το συνολικό σκορ για τις 57 καταστάσεις, ενώ μπορεί να υπολογιστεί και το σκορ για κάθε έναν από τους 9 παράγοντες χωριστά, προσθέτοντας τις βαθμολογίες των καταστάσεων σε κάθε παράγοντα (Μουστάκα, Ζάντζος & Κωνσταντινίδης, 2010).

Για την εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Copenhagen Burnout Inventory. Η κλίμακα δημιουργήθηκε από τον Kristensen και τους συνεργάτες της (2005) και έχει σταθμιστεί στα ελληνικά από τον Papaefstathiou και τους συνεργάτες του (2019). Αποτελείται από 19 ερωτήσεις και 3 υποκλίμακες: προσωπική εξουθένωση (6 ερωτήσεις), εργασιακή εξουθένωση (7 ερωτήσεις), εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς (6 ερωτήσεις). Κάθε ερώτηση βρίσκεται σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert. Για την υποκλίμακα της προσωπικής εξουθένωσης, η βαθμολογία είναι: Πάντα= 100, Συχνά= 75, Μερικές φορές= 50, Σπάνια= 25, Ποτέ= 0. Η συνολική βαθμολογία αποτελεί το μέσο όρο της βαθμολογίας των υποερωτήσεων. Για την εργασιακή εξουθένωση, οι πρώτες 3 ερωτήσεις βαθμολογούνται ως εξής: Σε πολύ μεγάλο βαθμό=100, Σε μεγάλο βαθμό=75, Έτσι και έτσι/σχετικά=50, Σε μικρό βαθμό=25, Σε πολύ μικρό βαθμό=0. Οι επόμενες 4ερωτήσεις βαθμολογούνται ως εξής: Πάντα= 100, Συχνά= 75, Μερικές φορές= 50, Σπάνια= 25, Ποτέ= 0. Η βαθμολογία αντιστρέφεται για την τελευταία ερώτηση. Για την εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς, οι πρώτες 4 ερωτήσεις βαθμολογούνται ως εξής: Σε πολύ μεγάλο βαθμό=100, Σε μεγάλο βαθμό=75, Έτσι και έτσι/σχετικά=50, Σε μικρό βαθμό=25, Σε πολύ μικρό βαθμό=0. Οι επόμενες 2 ερωτήσεις βαθμολογούνται ως εξής: Πάντα= 100, Συχνά= 75, Μερικές φορές= 50, Σπάνια= 25, Ποτέ= 0. Η συνολική βαθμολογία για κάθε υποκλίμακα, αλλά και για ολόκληρη την κλίμακα προέρχεται από τον μέσο όρο του αθροίσματος των ερωτήσεων. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο μεγαλύτερη είναι η επαγγελματική εξουθένωση (Papaefstathiou et al., 2019).

## 2.3 Ζητήματα δεοντολογίας

Όσον αφορά τη διαδικασία διεξαγωγής, το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε μέσω Google Forms κατά το διάστημα Φεβρουάριος-Μάρτιος 2021. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό του ερωτηματολογίου και την εθελοντική συμμετοχή τους. Διευκρινίστηκε ότι οι απαντήσεις που θα δώσουν θα είναι απολύτως εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας. Επίσης, δεν υπήρχε χρονικός περιορισμός και πίεση στους συμμετέχοντες να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο, αλλά μπορούσαν να πάρουν όσο χρόνο θέλουν χωρίς να δώσουν βεβαιωμένες απαντήσεις. Δεδομένου ότι το δείγμα της έρευνας δεν προέρχεται από νοσηλευτές που εργάζονται σε κάποιο συγκεκριμένο νοσοκομείο, αλλά αποτελείται από νοσηλευτές που εργάζονται σε κλινικές/μονάδες νοσοκομείων του δημόσιου τομέα σε όλη την Ελλάδα, και οι νοσηλευτές προσεγγίστηκαν μεμονωμένα και όχι μέσω κάποιου νοσοκομείου, δεν ελήφθησαν άδειες από το επιστημονικό συμβούλιο κάποιου νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο εστάλει σε συμφοιτήτριες/-τές οι οποίοι/-ες τώρα εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία και οι οποίοι/-ες το προώθησαν σε νοσηλεύτριες/-

τες που εργάζονταν σε κλινικές COVID και ΜΕΘ. Επίσης, ελήφθησαν άδειες από τους συγγραφείς των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν, οι οποίες βρίσκονται στο Παράρτημα 2.

## 2.4 Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS στην έκδοση 25. Αρχικά έγινε έλεγχος κανονικότητας με το Kolmogorov-Smirnoff test. Διαπιστώθηκε ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ( $\text{sig} < 0,05$ ), συνεπώς χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικά τεστ. Αναλυτικότερα, πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, independent t-tests για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στο στρες και την επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα το φύλο και την ύπαρξη παιδιών, και one-way Anova για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στο στρες και την επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το μηνιαίο εισόδημα, την εργασιακή θέση και το ωράριο εργασίας. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις Pearson για διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης, πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση και ελέγχθηκε και η αξιοπιστία των κλιμάκων με το συντελεστή Cronbach alpha.

## 3.Αποτελέσματα

Αρχικά, όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, το 89.2% ( $n=91$ ) ήταν γυναίκες και το 10.8% ήταν άνδρες ( $n=11$ ). Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνονταν μεταξύ 23 και 59 ( $M=38.51$ ,  $SD=10.21$ ). Πιο συγκεκριμένα, το 30.4% ( $n=31$ ) ήταν 23-30 ετών, το 24.5% ( $n=25$ ) ήταν 31-40 ετών, το 29.4% ( $n=30$ ) ήταν 41-50 ετών και το 15.7% ( $n=16$ ) ήταν 51-59 ετών. Το 32.4% ( $n=33$ ) ήταν άγαμοι/ες, το 58.8% ( $n=60$ ) ήταν έγγαμοι/ες ή σε συμβίωση ενώ το 8.8% ( $n=9$ ) ήταν διαζευγμένοι/ες. Επίσης, το 44.1% των συμμετεχόντων ( $n=45$ ) παιδί/ά κάτω των 18 ετών. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, το 19.6% ( $n=20$ ) ήταν απόφοιτοι λυκείου, το 41.2% ( $n=42$ ) απόφοιτοι ΤΕΙ, το 16.7% ( $n=17$ ) απόφοιτοι ΑΕΙ, το 21.6% ( $n=22$ ) κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος και το 1% ( $n=1$ ) κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος. Επιπλέον, το 1% ( $n=1$ ) είχε μηνιαίο εισόδημα 0-600 ευρώ, το 85.3% ( $n=87$ ) είχαν 601-1200 ευρώ, το 10.8% ( $n=11$ ) είχαν 1201-1800 ευρώ και το 2.9% ( $n=3$ ) είχαν πάνω από 1801 ευρώ. Το 3.9% ( $n=4$ ) ήταν προϊστάμενοι/ες, το 74.5% ( $n=76$ ) ήταν νοσηλευτές/τριες, το 15.7% ( $n=16$ ) βοηθοί νοσηλεύτη, το 3.9% ( $n=4$ ) υπεύθυνοι Α και το 2% ( $n=2$ ) υπεύθυνοι Β. Τα έτη εργασίας των συμμετεχόντων κυμαίνονταν μεταξύ 0,5 και 37 ( $M=13.22$ ,  $SD=9.73$ ). Πιο συγκεκριμένα, το 47.1% ( $n=48$ ) εργαζόταν 0,5-10 έτη, το 31.4% ( $n=32$ ) εργαζόταν 11-



20 έτη και το 21.6% (n=22) εργαζόταν 21-37 έτη. Ακόμη, το 82.4% (n=84) εργαζόταν σε πρωινή, απογευματινή και βραδινή βάρδια, ενώ το 10.8% (n=11) μόνο σε πρωινή βάρδια, και το 6.9% (n=7) σε πρωινή και απογευματινή βάρδια. Τέλος, το 54.9% (n=56) εργαζόνταν σε κλινική COVID-19 και το 45.1% (n=46) σε ΜΕΘ COVID-19 (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά**

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Φύλο				
Γυναίκα	91	89.2		
Άνδρας	11	10.8		
Ηλικία			38.51	10.21
23-30 ετών	31	30.4		
31-40 ετών	25	24.5		
41-50 ετών	30	29.4		
51-59 ετών	16	15.7		
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος/η	33	32.4		
Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	60	58.8		
Διαζευγμένος/η	9	8.8		
Ύπαρξη παιδιών κάτω των 18 ετών				
Ναι	45	44.1		
Όχι	57	55.9		
Μορφωτικό επίπεδο				
Απόφοιτος/η λυκείου	20	19.6		
Απόφοιτος/η ΤΕΙ	42	41.2		
Απόφοιτος/η ΑΕΙ	17	16.7		
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	22	21.6		
Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος	1	1.0		
Μηνιαίο εισόδημα				
0-600 ευρώ	1	1.0		
601-1200 ευρώ	87	85.3		

1201-1800 ευρώ	11	10.8		
>1801 ευρώ	3	2.9		
Εργασιακή θέση				
Προϊστάμενος/η	4	3.9		
Νοσηλεύτης/τρια	76	74.5		
Βοηθός νοσηλεύτη	16	15.7		
Υπεύθυνος Α	4	3.9		
Υπεύθυνος Β	2	2.0		
Έτη εργασίας			13.22	9.73
0,5-10 έτη	48	47.1		
11-20 έτη	32	31.4		
21-37 έτη	22	21.6		
Ωράριο εργασίας				
Μόνο πρωινή βάρδια	11	10.8		
Πρωινή και απογευματινή βάρδια	7	6.9		
Πρωινή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	84	82.4		
Τμήμα εργασίας				
Κλινική COVID-19	56	54.9		
ΜΕΘ COVID-19	46	45.1		

Όσον αφορά το στρες των συμμετεχόντων, διαπιστώθηκε ότι έχουν ελαφρώς υψηλά επίπεδα στρες ( $M=129.03$ ,  $SD=37.20$ ). Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τις υποκλίμακες της Expanded Nursing Stress Scale, οι συμμετέχοντες έχουν υψηλή βαθμολογία στην επαφή με το θάνατο ( $M=17.24$ ,  $SD=5.18$ ), και μέτρια βαθμολογία στις συγκρούσεις με τους γιατρούς ( $M=11.01$ ,  $SD=3.78$ ), την ανεπαρκή προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους ( $M=6.59$ ,  $SD=2.59$ ), τις συγκρούσεις με τους συναδέλφους ( $M=11.90$ ,  $SD=4.57$ ), και τις συγκρούσεις με τους προϊσταμένους ( $M=16.83$ ,  $SD=6.30$ ). Ωστόσο, έχουν υψηλή βαθμολογία στην αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα ( $M=21.60$ ,  $SD=7.42$ ), τις αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους ( $M=18.43$ ,  $SD=5.98$ ) και το φόρτο εργασίας ( $M=21.38$ ,  $SD=6.68$ ), και χαμηλή βαθμολογία όσον αφορά τις διακρίσεις ( $M=4.05$ ,  $SD=3.61$ ). Οι παραπάνω χαρακτηρισμοί έγιναν με βάση την κλίμακα Expanded Nursing Stress Scale, καθώς όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερο είναι το στρες. Η ελάχιστη βαθμολογία για όλη την κλίμακα είναι 0 και η μέγιστη είναι 228 (Μουστάκα, Ζάντζος & Κωνσταντινίδης,

2010). Διαπιστώνεται συνεπώς ότι οι πιο στρεσογόνες καταστάσεις είναι η επαφή με το θάνατο, η αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, οι αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους και ο φόρτος εργασίας (Πίνακας 2).

Όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση των συμμετεχόντων, με βάση την Copenhagen Burnout Inventory διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες έχουν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ( $M=52.14$ ,  $SD=26.71$ ). Αυτό συμβαίνει καθώς με βάση την κλίμακα αυτή, όσο πιο κοντά στο 100 είναι η μέση τιμή, τόσο μεγάλη είναι η επαγγελματική εξουθένωση (δηλ. 0=καθόλου επαγγελματική εξουθένωση, 25=μικρή επαγγελματική εξουθένωση, 50=μέτρια επαγγελματική εξουθένωση, 75=αρκετά μεγάλη επαγγελματική εξουθένωση, 100=πάρα πολύ μεγάλη επαγγελματική εξουθένωση) (Papaefstathiou et al., 2019). Ειδικότερα, όσον αφορά τις υποκλίμακες της CBI, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες έχουν ελαφρώς υψηλά επίπεδα προσωπικής εξουθένωσης ( $M=59.96$ ,  $SD=7.10$ ) και εργασιακής εξουθένωσης ( $M=56.27$ ,  $SD=10.19$ ) και χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης που σχετίζεται με τη συναναστροφή με τους ασθενείς ( $M=31.475$ ,  $SD=13.23$ ) (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2. Επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης**

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Expanded Nursing Stress Scale (total)	0	228	129.03	37.22
Επαφή με τον θάνατο	0	28	17.24	5.18
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	0	20	11.01	3.87
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	0	12	6.59	2.59
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	0	24	11.90	4.57
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	0	28	16.83	6.30
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	0	36	21.60	7.42
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	0	32	18.43	5.98
Φόρτος εργασίας	0	36	21.38	6.68
Διακρίσεις	0	20	4.05	3.61
Copenhagen Burnout Inventory (total)	0	100	52.14	26.71
Προσωπική εξουθένωση	0	100	59.96	7.10
Εργασιακή εξουθένωση	0	100	56.27	10.19
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	0	100	31.47	13.23

Παράλληλα, ελέγχθηκε και η αξιοπιστία των κλιμάκων με το συντελεστή Cronbach alpha. Διαπιστώθηκε ότι και οι δυο κλίμακες έχουν υψηλή αξιοπιστία (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3. Έλεγχος αξιοπιστίας**

	<i><math>\alpha</math></i>
Expanded Nursing Stress Scale	0.78
Copenhagen Burnout Inventory	0.84

Εν συνεχεία, πραγματοποιήθηκαν τα παραμετρικά τεστ, καθώς όπως προαναφέρθηκε, διαπιστώθηκε ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούν κανονική κατανομή (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4. Έλεγχος κανονικής κατανομής**

	<i><math>p^*</math></i>
Expanded Nursing Stress Scale (total)	0.00
Επαφή με τον θάνατο	0.05
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	0.01
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	0.01
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	0.05
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	0.01
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	0.05
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	0.03
Φόρτος εργασίας	0.04
Διακρίσεις	0.00
Copenhagen Burnout Inventory (total)	0.04
Προσωπική εξουθένωση	0.03
Εργασιακή εξουθένωση	0.05
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	0.00

\* Kolmogorov-Smirnoff test

Πραγματοποιήθηκαν λοιπόν independent t-tests για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στα επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα το φύλο, την ύπαρξη παιδιών κάτω των 18 ετών και το τμήμα εργασίας. Πραγματοποιήθηκε αυτό το στατιστικό τεστ γιατί οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι ονομαστικές και έχουν 2 ομάδες, και οι εξαρτημένες μεταβλητές κατηγοριοποιήθηκαν ως ποσοτικές

μεταβλητές.

Όσον αφορά το φύλο, από τις 14 εξαρτημένες μεταβλητές υπό εξέταση, οι 2 έχουν άνισες μέσες τιμές, συνεπώς για τις μεταβλητές αυτές υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.05$ . Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες ( $M=61.49$ ,  $SD=16.28$ ) έχουν μεγαλύτερη προσωπική εξουθένωση από τους άνδρες ( $M=46.81$ ,  $SD=16.28$ ), καθώς  $p=0.00$ . Επίσης, οι γυναίκες ( $M=58.64$ ,  $SD=16.40$ ) έχουν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση από τους άνδρες ( $M=46.57$ ,  $SD=18.21$ ), καθώς  $p=0.02$ . Επομένως, διαπιστώνεται ότι το φύλο δεν σχετίζεται με στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 5).

Όσον αφορά την ύπαρξη παιδιών κάτω των 18 ετών, από τις 14 εξαρτημένες μεταβλητές υπό εξέταση, οι 2 έχουν άνισες μέσες τιμές, συνεπώς για τις μεταβλητές αυτές υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.05$ . Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι τα άτομα που δεν είχαν παιδιά κάτω των 18 ετών ( $M=23.28$ ,  $SD=6.42$ ) είχαν μεγαλύτερη αβεβαιότητα σχετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα συγκριτικά με τα άτομα που είχαν παιδιά κάτω των 18 ετών ( $M=19.47$ ,  $SD=8.09$ ) καθώς  $p=0.00$ . Επίσης, τα άτομα που δεν είχαν παιδιά κάτω των 18 ετών ( $M=22.75$ ,  $SD=6.20$ ) είχαν περισσότερο στρες σχετικά με το φόρτο εργασίας συγκριτικά με τα άτομα που είχαν παιδιά κάτω των 18 ετών ( $M=19.64$ ,  $SD=6.92$ ) καθώς  $p=0.01$ . Επομένως, διαπιστώνεται ότι η ύπαρξη παιδιών κάτω των 18 ετών δεν σχετίζεται με στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 6).

Όσον αφορά το τμήμα εργασίας, από τις 14 εξαρτημένες μεταβλητές υπό εξέταση, όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές, συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.05$ , και επομένως το τμήμα εργασίας δεν σχετίζεται με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 7).

**Πίνακας 5. Συσχέτιση φύλου με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση**

	<b>Φύλο</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>p</i><sup>*</sup></b>
Επαφή με τον θάνατο	Γυναίκα	17.20	5.05	0.83
	Άνδρας	17.55	6.40	
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	Γυναίκα	10.93	3.78	0.57
	Άνδρας	11.64	4.69	
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	Γυναίκα	6.51	2.60	0.35
	Άνδρας	7.27	2.45	
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	Γυναίκα	11.81	4.65	0.57
	Άνδρας	12.64	3.90	
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	Γυναίκα	16.58	6.37	0.25

	Ανδρας	18.91	5.48	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Γυναίκα	21.40	7.37	0.21
	Ανδρας	23.27	7.96	
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	Γυναίκα	18.43	6.03	0.43
	Ανδρας	18.45	5.92	
Φόρτος εργασίας	Γυναίκα	21.07	6.61	0.98
	Ανδρας	24.00	6.94	
Διακρίσεις	Γυναίκα	4.29	3.61	0.17
	Ανδρας	2.09	2.62	
ENSS Total	Γυναίκα	128.21	37.12	0.57
	Ανδρας	135.82	39.12	
Προσωπική εξουθένωση	Γυναίκα	61.49	16.28	<b>0.00</b>
	Ανδρας	46.81	18.87	
Εργασιακή εξουθένωση	Γυναίκα	62.89	17.06	0.06
	Ανδρας	50.34	19.64	
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Γυναίκα	45.10	22.79	0.28
	Ανδρας	30.06	23.88	
CBI Total	Γυναίκα	58.64	16.40	<b>0.02</b>
	Ανδρας	46.57	18.21	

\*Independent t-test

**Πίνακας 6. Συσχέτιση της ύπαρξης παιδιών κάτω των 18 ετών με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση**

	Υπαρξη παιδιών κάτω των 18 ετών	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> *
Επαφή με τον θάνατο	Ναι	16.11	5.04	0.06
	Όχι	18.12	5.16	
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	Ναι	10.73	3.90	0.52
	Όχι	11.23	3.86	
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	Ναι	6.31	3.08	0.34
	Όχι	6.81	2.13	
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	Ναι	11.33	5.40	0.26
	Όχι	12.35	3.77	
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	Ναι	16.64	6.67	0.79
	Όχι	16.98	6.05	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Ναι	19.47	8.09	<b>0.00</b>
	Όχι	23.28	6.42	
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με	Ναι	18.27	6.42	0.80

αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	Όχι	18.56	5.67	
Φόρτος εργασίας	Ναι	19.64	6.92	<b>0.01</b>
	Όχι	22.75	6.20	
Διακρίσεις	Ναι	3.67	3.44	0.34
	Όχι	4.35	3.75	
ENSS Total	Ναι	122.18	41.21	0.09
	Όχι	134.44	33.11	
Προσωπική εξουθένωση	Ναι	59.00	18.72	0.63
	Όχι	60.61	15.84	
Εργασιακή εξουθένωση	Ναι	61.96	18.33	0.83
	Όχι	61.20	17.31	
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Ναι	48.14	22.22	0.12
	Όχι	41.18	23.19	
CBI Total	Ναι	58.49	18.26	0.54
	Όχι	56.43	15.91	

\*Independent t-test

**Πίνακας 7. Συσχέτιση του τμήματος εργασίας με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση**

	Τμήμα εργασίας	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> *
Επαφή με τον θάνατο	Κλινική COVID-19	17.34	5.38	0.82
	MEΘ COVID-19	17.11	4.98	
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	Κλινική COVID-19	11.07	4.05	0.86
	MEΘ COVID-19	10.93	3.68	
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	Κλινική COVID-19	6.77	2.49	0.44
	MEΘ COVID-19	6.37	2.71	
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	Κλινική COVID-19	12.59	3.60	0.10
	MEΘ COVID-19	11.07	5.45	
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	Κλινική COVID-19	16.98	6.29	0.79
	MEΘ COVID-19	16.65	6.37	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Κλινική COVID-19	21.96	6.79	0.58
	MEΘ COVID-19	21.15	8.17	
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	Κλινική COVID-19	19.02	5.72	0.27
	MEΘ COVID-19	17.72	6.28	

Φόρτος εργασίας	Κλινική COVID-19	21.64	6.15	0.67
	MEΘ COVID-19	21.07	7.32	
Διακρίσεις	Κλινική COVID-19	4.63	3.57	0.76
	MEΘ COVID-19	3.35	3.58	
ENSS Total	Κλινική COVID-19	132.00	34.68	0.37
	MEΘ COVID-19	125.41	40.18	
Προσωπική εξουθένωση	Κλινική COVID-19	49.92	13.88	0.99
	MEΘ COVID-19	49.91	17.32	
Εργασιακή εξουθένωση	Κλινική COVID-19	59.05	16.08	0.17
	MEΘ COVID-19	54.81	16.80	
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Κλινική COVID-19	34.43	12.45	0.42
	MEΘ COVID-19	31.67	10.73	
CBI Total	Κλινική COVID-19	50.21	19.15	0.37
	MEΘ COVID-19	47.62	20.81	

\*Independent t-test

Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα, καθώς μόνο ένας συμμετέχων είχε μηνιαίο εισόδημα 0-600 ευρώ, και μόνο 3 είχαν μηνιαίο εισόδημα πάνω από 1801 ευρώ, έγινε συγχώνευση των ομάδων «0-600 ευρώ» και «601-1200 ευρώ» και δημιουργήθηκε η ομάδα «Έως 1200ευρώ». Επίσης, έγινε συγχώνευση των ομάδων «1201-1800 ευρώ» και «Πάνω από 1801 ευρώ» και δημιουργήθηκε η ομάδα «Πάνω από 1201 ευρώ». Καθώς λοιπόν πλέον η μεταβλητή «Μηνιαίο εισόδημα» έχει 2 ομάδες πραγματοποιήθηκαν independent t-tests. Αυτή η συγχώνευση έγινε καθώς δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν στους ελέγχους ποιοτικές μεταβλητές με πολύ μικρό αριθμό περιπτώσεων σε κάποιες κατηγορίες τους. Από τις 14 εξαρτημένες μεταβλητές υπό εξέταση, όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές, συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.05$ , και επομένως το μηνιαίο εισόδημα δεν σχετίζεται με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 8).

**Πίνακας 8. Συσχέτιση μηνιαίου εισοδήματος με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση**

	Μηνιαίο εισόδημα	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> *
Επαφή με τον θάνατο	0-1200 ευρώ	17.18	5.22	0.79
	Πάνω από 1201 ευρώ	17.57	5.08	
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	0-1200 ευρώ	10.97	3.84	0.77
	Πάνω από 1201 ευρώ	11.29	4.19	



Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των	0-1200 ευρώ	6.64	2.55	0.64
συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των	Πάνω από 1201	6.29	2.89	
οικογενειών τους	ευρώ			
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	0-1200 ευρώ	11.82	4.50	0.64
	Πάνω από 1201	12.43	5.09	
	ευρώ			
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	0-1200 ευρώ	16.49	6.14	0.57
	Πάνω από 1201	19.00	7.11	
	ευρώ			
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	0-1200 ευρώ	21.43	7.16	0.19
	Πάνω από 1201	22.64	9.11	
	ευρώ			
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με	0-1200 ευρώ	18.13	6.02	0.37
αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές	Πάνω από 1201	20.36	5.61	
τους	ευρώ			
Φόρτος εργασίας	0-1200 ευρώ	21.15	6.51	0.24
	Πάνω από 1201	22.86	7.73	
	ευρώ			
Διακρίσεις	0-1200 ευρώ	4.22	3.58	0.49
	Πάνω από 1201	3.00	3.78	
	ευρώ			
ENSS Total	0-1200 ευρώ	128.01	36.95	0.41
	Πάνω από 1201	135.43	39.66	
	ευρώ			
Προσωπική εξουθένωση	0-1200 ευρώ	50.37	14.47	0.64
	Πάνω από 1201	47.02	12.91	
	ευρώ			
Εργασιακή εξουθένωση	0-1200 ευρώ	57.46	16.25	0.72
	Πάνω από 1201	55.10	17.92	
	ευρώ			
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή	0-1200 ευρώ	38.44	20.22	0.74
με τους ασθενείς	Πάνω από 1201	40.47	19.64	
	ευρώ			
CBI Total	0-1200 ευρώ	49.22	14.53	0.76
	Πάνω από 1201	47.93	14.68	
	ευρώ			

\*Independent t-test

Παρόμοια, όσον αφορά την εργασιακή θέση, πραγματοποιήθηκε συγχώνευση ομάδων καθώς οι συμμετέχοντες που ήταν προϊστάμενοι, υπεύθυνοι Α και υπεύθυνοι Β ήταν πολύ λίγοι (κάτω από 10 άτομα σε κάθε ομάδα). Μετά τη συγχώνευση, η μεταβλητή «Εργασιακή θέση» είχε δυο ομάδες: «Προϊστάμενοι και νοσηλευτές», «Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι Α και υπεύθυνοι Β». Επομένως, πραγματοποιήθηκαν independent t-tests, αφού πλέον η ανεξάρτητη μεταβλητή είχε 2 ομάδες. Διαπιστώθηκε ότι από τις 14 εξαρτημένες μεταβλητές υπό εξέταση, όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές, συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.05$ , και επομένως η εργασιακή θέση δεν σχετίζεται με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 9).

**Πίνακας 9. Συσχέτιση εργασιακής θέσης με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση**

	<b>Εργασιακή θέση</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>p</i><sup>*</sup></b>
Επαφή με τον θάνατο	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	17.50	5.32	0.32
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι Α και υπεύθυνοι Β	16.27	4.63	
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	11.10	4.02	0.65
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι Α και υπεύθυνοι Β	10.68	3.32	
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	6.80	2.62	0.11
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι Α και υπεύθυνοι Β	5.82	2.38	
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	12.03	4.64	0.60
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι Α και υπεύθυνοι Β	11.45	4.37	
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	16.65	6.32	0.57
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι Α και υπεύθυνοι Β	17.50	6.34	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	21.95	7.51	0.36
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι Α και υπεύθυνοι Β	20.32	7.08	
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	18.10	6.10	0.28
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι Α και υπεύθυνοι Β	19.64	5.53	
Φόρτος εργασίας	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	21.63	6.66	0.48
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι Α και υπεύθυνοι Β	20.50	6.82	

Διακρίσεις	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	3.93	3.62	0.51
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι	4.50	3.64	
	A και υπεύθυνοι B			
ENSS Total	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	129.68	37.82	0.74
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι	126.68	35.67	
	A και υπεύθυνοι B			
Προσωπική εξουθένωση	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	49.94	12.77	0.96
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι	49.81	14.29	
	A και υπεύθυνοι B			
Εργασιακή εξουθένωση	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	57.00	18.89	0.87
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι	57.63	17.64	
	A και υπεύθυνοι B			
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	37.18	11.64	0.14
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι	40.89	12.90	
	A και υπεύθυνοι B			
CBI Total	Προϊστάμενοι και νοσηλευτές	48.52	20.67	0.48
	Βοηθοί νοσηλευτών, υπεύθυνοι	50.95	26.78	
	A και υπεύθυνοι B			

\*Independent t-test

Όσον αφορά το ωράριο εργασίας, καθώς μόνο 7 συμμετέχοντες εργάζονται σε πρωινή και απογευματινή βάρδια, έγινε συγχώνευση των ομάδων «Μόνο πρωινή βάρδια» και «Πρωινή και απογευματινή βάρδια» και δημιουργήθηκε η ομάδα «Πρωινές και απογευματινές βάρδιες». Καθώς λοιπόν πλέον η μεταβλητή «Ωράριο εργασίας» έχει 2 ομάδες πραγματοποιήθηκαν independent t-tests. Βρέθηκε ότι από τις 14 εξαρτημένες μεταβλητές υπό εξέταση, όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές, συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.05$ , και επομένως το ωράριο εργασίας δεν σχετίζεται με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 10).

**Πίνακας 10. Συσχέτιση ωραρίου εργασίας με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση**

	Ωράριο εργασίας	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> *
Επαφή με τον θάνατο	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	16.78	5.03	0.68

	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	17.33	5.24	
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	11.72	3.75	0.39
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	10.86	3.90	
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	5.83	3.07	0.17
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	6.75	2.46	
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	12.33	5.30	0.66
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	11.81	4.43	
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	16.89	7.06	0.96
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	16.82	6.17	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	20.33	8.99	0.47
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	21.87	7.07	
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	18.94	5.47	0.69
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	18.32	6.12	
Φόρτος εργασίας	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	22.39	7.11	0.48
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	21.17	6.60	
Διακρίσεις	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	5.33	3.49	0.09
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	3.77	3.60	
ENSS Total	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	130.56	42.62	0.84
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	128.70	36.23	
Προσωπική εξουθένωση	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	52.08	14.75	0.86

	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	49.76	11.29	
Εργασιακή εξουθένωση	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	55.75	14.75	0.48
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	59.04	10.02	
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	42.13	17.53	0.43
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	39.92	11.29	
CBI Total	Πρωινές και απογευματινές βάρδιες	50.29	20.36	0.68
	Πρωϊνή, απογευματινή και βραδινή βάρδια	46.79	21.11	

\*Independent t-test

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκαν one-way Anova για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στα επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα την ηλικία, τα έτη εργασίας, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασιακή θέση και το ωράριο εργασίας. Πραγματοποιήθηκε αυτό το στατιστικό τεστ γιατί οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι ονομαστικές (πλην της ηλικίας και των ετών εργασίας που είναι κατηγορικές μεταβλητές) και έχουν 3 ή και παραπάνω ομάδες, και οι εξαρτημένες μεταβλητές κατηγοριοποιήθηκαν ως ποσοτικές μεταβλητές.

Όσον αφορά την ηλικία, από τις 14 εξαρτημένες μεταβλητές υπό εξέταση, όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές, συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.05$ , και επομένως η ηλικία δεν σχετίζεται με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 11).

Επίσης, όσον αφορά τα έτη εργασίας, από τις 14 εξαρτημένες μεταβλητές υπό εξέταση, όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές, συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.05$ , και επομένως τα έτη εργασίας δεν σχετίζονται με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 12).

**Πίνακας 11. Συσχέτιση ηλικίας με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση**

	<b>Ηλικία</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>p</i>*</b>
Επαφή με τον θάνατο	23-30ετών	17.71	5.64	0.72
	31-40ετών	16.44	4.77	
	41-50ετών	17.73	5.19	
	51-59ετών	16.63	5.09	
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	23-30ετών	10.87	4.07	0.81
	31-40ετών	10.60	3.59	
	41-50ετών	11.57	3.80	
	51-59ετών	10.88	4.27	
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	23-30ετών	6.68	2.28	0.73
	31-40ετών	6.84	2.54	
	41-50ετών	6.63	3.15	
	51-59ετών	5.94	2.14	
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	23-30ετών	11.97	3.99	0.58
	31-40ετών	12.80	4.03	
	41-50ετών	11.67	5.54	
	51-59ετών	10.81	4.53	
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	23-30ετών	15.55	6.54	0.09
	31-40ετών	16.84	5.32	
	41-50ετών	19.07	5.89	
	51-59ετών	15.13	7.27	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	23-30ετών	23.10	6.55	0.22
	31-40ετών	21.36	7.52	
	41-50ετών	21.97	7.47	
	51-59ετών	18.38	8.38	
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	23-30ετών	16.90	5.94	0.26
	31-40ετών	18.32	5.03	
	41-50ετών	19.93	6.50	
	51-59ετών	18.75	6.25	
Φόρτος εργασίας	23-30ετών	22.48	7.54	0.64
	31-40ετών	20.56	5.76	
	41-50ετών	21.53	6.13	
	51-59ετών	20.25	7.46	
Διακρίσεις	23-30ετών	4.00	3.97	0.42
	31-40ετών	3.24	2.87	
	41-50ετών	4.87	4.10	
	51-59ετών	3.88	2.87	

ENSS Total	23-30ετών	129.26	36.86	0.65
	31-40ετών	127.00	33.18	
	41-50ετών	134.97	39.70	
	51-59ετών	120.63	40.58	
Προσωπική εξουθένωση	23-30ετών	51.47	15.78	0.36
	31-40ετών	46.00	16.14	
	41-50ετών	49.72	16.34	
	51-59ετών	53.38	16.99	
Εργασιακή εξουθένωση	23-30ετών	57.60	10.21	0.24
	31-40ετών	50.00	19.67	
	41-50ετών	59.58	15.80	
	51-59ετών	59.79	12.46	
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	23-30ετών	29.70	12.26	0.11
	31-40ετών	38.50	11.12	
	41-50ετών	44.30	14.93	
	51-59ετών	46.09	10.78	
CBI Total	23-30ετών	46.98	12.94	0.21
	31-40ετών	45.63	18.36	
	41-50ετών	51.66	15.00	
	51-59ετών	53.45	15.23	

\*One-way Anova

**Πίνακας 12. Συσχέτιση ετών εργασίας με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση**

	Έτη εργασίας	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> *
Επαφή με τον θάνατο	0.5-10 έτη	17.42	5.59	0.79
	11-20 έτη	16.72	4.29	
	21-37 έτη	17.59	5.59	
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	0.5-10 έτη	11.15	4.15	0.47
	11-20 έτη	10.38	3.06	
	21-37 έτη	11.64	4.31	
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	0.5-10 έτη	6.90	2.29	0.48
	11-20 έτη	6.19	2.95	
	21-37 έτη	6.50	2.68	
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	0.5-10 έτη	12.33	4.08	0.60
	11-20 έτη	11.28	5.03	

	21-37 έτη	11.86	4.97	
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	0.5-10 έτη	16.38	6.17	0.76
	11-20 έτη	17.44	5.69	
	21-37 έτη	16.95	7.55	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	0.5-10 έτη	23.17	6.64	0.12
	11-20 έτη	20.00	7.28	
	21-37 έτη	20.50	8.78	
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	0.5-10 έτη	17.67	5.31	0.28
	11-20 έτη	18.41	6.31	
	21-37 έτη	20.14	6.79	
Φόρτος εργασίας	0.5-10 έτη	22.15	6.99	0.34
	11-20 έτη	19.97	4.98	
	21-37 έτη	21.77	8.00	
Διακρίσεις	0.5-10 έτη	3.88	3.73	0.44
	11-20 έτη	3.72	3.35	
	21-37 έτη	4.91	3.76	
ENSS Total	0.5-10 έτη	131.02	35.15	0.66
	11-20 έτη	124.09	33.52	
	21-37 έτη	131.86	46.72	
Προσωπική εξουθένωση	0.5-10 έτη	49.74	8.12	0.59
	11-20 έτη	48.43	8.47	
	21-37 έτη	52.46	9.63	
Εργασιακή εξουθένωση	0.5-10 έτη	55.72	19.47	0.57
	11-20 έτη	57.14	14.91	
	21-37 έτη	60.22	11.08	
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	0.5-10 έτη	32.03	19.85	0.07
	11-20 έτη	40.88	14.03	
	21-37 έτη	50.19	12.46	
CBI Total	0.5-10 έτη	46.35	19.31	0.08
	11-20 έτη	49.26	19.10	
	21-37 έτη	54.60	19.82	

\*One-way Anova

Παρομοίως, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, από τις 14 εξαρτημένες μεταβλητές υπό εξέταση, όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές, συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.05$ , και επομένως η οικογενειακή κατάσταση δεν σχετίζεται με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 13).



**Πίνακας 13. Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση**

	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>p</i>*</b>
Επαφή με τον θάνατο	Άγαμος/η	18.12	4.51	0.33
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	16.60	5.40	
	Διαζευγμένος/η	18.22	5.04	
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	Άγαμος/η	11.00	3.55	0.66
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	10.85	4.02	
	Διαζευγμένος/η	12.11	4.19	
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	Άγαμος/η	6.64	2.19	0.71
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	6.47	2.82	
	Διαζευγμένος/η	7.22	2.48	
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	Άγαμος/η	12.42	3.44	0.39
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	11.42	4.95	
	Διαζευγμένος/η	13.22	5.54	
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	Άγαμος/η	16.52	5.47	0.88
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	16.88	6.81	
	Διαζευγμένος/η	17.67	6.22	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Άγαμος/η	23.79	5.47	0.60
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	20.15	8.02	
	Διαζευγμένος/η	23.22	7.87	
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	Άγαμος/η	17.52	4.71	0.55
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	18.80	6.57	
	Διαζευγμένος/η	19.33	6.30	
Φόρτος εργασίας	Άγαμος/η	22.67	6.57	0.33
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	20.57	6.61	
	Διαζευγμένος/η	22.11	7.45	
Διακρίσεις	Άγαμος/η	4.27	3.89	0.37
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	3.72	3.45	
	Διαζευγμένος/η	5.44	3.67	
ENSS Total	Άγαμος/η	132.94	27.91	0.47
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	125.45	40.51	
	Διαζευγμένος/η	138.56	44.79	
Προσωπική εξουθένωση	Άγαμος/η	61.21	14.36	0.65
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	58.96	19.21	
	Διαζευγμένος/η	63.33	10.60	
Εργασιακή εξουθένωση	Άγαμος/η	59.44	16.60	0.69
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	62.37	19.27	

	Διαζευγμένος/η	63.67	8.83	
Εξουθένωση που σχετίζεται με	Άγαμος/η	34.20	22.19	0.06
την συναναστροφή με τους	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	49.12	22.70	
ασθενείς	Διαζευγμένος/η	46.67	15.75	
CBI Total	Άγαμος/η	53.65	13.94	0.30
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	58.87	19.04	
	Διαζευγμένος/η	60.68	9.10	

\*One-way Anova

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, αρχικά, καθώς μόνο ένας συμμετέχων ήταν κάτοχος διδακτορικού διπλώματος, έγινε συγχώνευση των ομάδων «Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος» και «Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος» και δημιουργήθηκε η ομάδα «Μεταπτυχιακές σπουδές». Αυτό έγινε καθώς δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν στους ελέγχους ποιοτικές μεταβλητές με πολύ μικρό αριθμό περιπτώσεων σε κάποιες κατηγορίες τους.

Διαπιστώθηκε ότι τις 14 εξαρτημένες μεταβλητές υπό εξέταση, οι 5 μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές, συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση για αυτές σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.05$ . Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακές σπουδές ( $M=12.79$ ,  $SD=3.84$ ) θεωρούν πιο στρεσογόνες τις συγκρούσεις με τους ιατρούς, ενώ οι απόφοιτοι/ες ΤΕΙ ( $M=9.93$ ,  $SD=3.55$ ) τις θεωρούν λιγότερο στρεσογόνες. Επίσης, οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακές σπουδές ( $M=14.04$ ,  $SD=4.45$ ) θεωρούν πιο στρεσογόνες τις συγκρούσεις με τους συναδέλφους, ενώ οι απόφοιτοι/ες ΤΕΙ ( $M=10.05$ ,  $SD=4.43$ ) τις θεωρούν λιγότερο στρεσογόνες. Ακόμη, οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακές σπουδές ( $M=25.29$ ,  $SD=6.53$ ) θεωρούν πιο στρεσογόνα την αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ οι απόφοιτοι/ες ΤΕΙ ( $M=18.32$ ,  $SD=7.63$ ) τη θεωρούν λιγότερο στρεσογόνα. Επίσης, οι απόφοιτοι ΑΕΙ ( $M=24.53$ ,  $SD=6.16$ ) θεωρούν πιο στρεσογόνο τον φόρτο εργασίας εν αντιθέσει με τους απόφοιτους/ες ΤΕΙ ( $M=18.78$ ,  $SD=5.72$ ). Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο στρες έχουν οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακές σπουδές ( $M=144.08$ ,  $SD=37.96$ ) και το μικρότερο οι απόφοιτοι/ες ΤΕΙ ( $M=114.34$ ,  $SD=36.36$ ) (Πίνακας 14). Επίσης, εφόσον προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις έγινε περαιτέρω έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων (Post Hoc Tests) για να διαπιστωθεί μεταξύ ποιων ζευγών υπάρχει διαφορά, χρησιμοποιώντας LSD και Bonferroni (Πίνακας 15). Δεν προέκυψαν κάποιες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις πέραν αυτών που ήδη είχαν διαπιστωθεί.

Επομένως, με βάση τα αποτελέσματα αυτά δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις ότι το μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση.

**Πίνακας 14. Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση**

Μορφωτικό επίπεδο		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> *
Επαφή με τον θάνατο	Απόφοιτος/η λυκείου	17.60	4.18	0.14
	Απόφοιτος/η TEI	15.90	5.64	
	Απόφοιτος/η AEI	19.06	4.29	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	17.92	5.27	
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	Απόφοιτος/η λυκείου	10.30	3.62	<b>0.01</b>
	Απόφοιτος/η TEI	9.93	3.55	
	Απόφοιτος/η AEI	11.94	4.11	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	12.79	3.84	
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	Απόφοιτος/η λυκείου	6.20	2.70	0.11
	Απόφοιτος/η TEI	6.02	2.71	
	Απόφοιτος/η AEI	7.29	1.92	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	7.38	2.51	
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	Απόφοιτος/η λυκείου	11.85	3.95	<b>0.02</b>
	Απόφοιτος/η TEI	10.05	4.43	
	Απόφοιτος/η AEI	13.41	4.19	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	14.04	4.45	
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	Απόφοιτος/η λυκείου	17.35	5.45	0.40
	Απόφοιτος/η TEI	14.90	6.38	
	Απόφοιτος/η AEI	17.24	6.93	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	19.42	5.63	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Απόφοιτος/η λυκείου	21.10	7.10	<b>0.00</b>
	Απόφοιτος/η TEI	18.32	7.63	
	Απόφοιτος/η AEI	24.88	4.58	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	25.29	6.53	
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	Απόφοιτος/η λυκείου	20.40	5.18	0.10
	Απόφοιτος/η TEI	16.83	5.79	
	Απόφοιτος/η AEI	18.24	7.12	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	19.67	5.66	
Φόρτος εργασίας	Απόφοιτος/η λυκείου	21.55	7.11	<b>0.05</b>
	Απόφοιτος/η TEI	18.78	5.72	
	Απόφοιτος/η AEI	24.53	6.16	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	23.46	6.84	
Διακρίσεις	Απόφοιτος/η λυκείου	4.40	3.50	0.76
	Απόφοιτος/η TEI	3.61	3.10	
	Απόφοιτος/η AEI	4.59	4.18	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	4.13	4.21	
ENSS Total	Απόφοιτος/η λυκείου	130.75	32.81	<b>0.00</b>
	Απόφοιτος/η TEI	114.34	36.36	

	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	141.18	32.18	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	144.08	37.96	
Προσωπική εξουθένωση	Απόφοιτος/η λυκείου	49.58	13.97	0.95
	Απόφοιτος/η ΤΕΙ	50.61	14.44	
	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	50.49	12.51	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	48.61	10.09	
Εργασιακή εξουθένωση	Απόφοιτος/η λυκείου	56.60	13.46	0.79
	Απόφοιτος/η ΤΕΙ	58.80	15.69	
	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	54.20	12.28	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	56.69	16.87	
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Απόφοιτος/η λυκείου	45.00	19.88	0.08
	Απόφοιτος/η ΤΕΙ	39.43	19.21	
	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	28.43	20.47	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	39.55	19.92	
CBI Total	Απόφοιτος/η λυκείου	50.72	12.75	0.59
	Απόφοιτος/η ΤΕΙ	50.12	16.49	
	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	44.99	14.19	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	48.73	17.98	

\*One-way Anova

**Πίνακας 15. Post hoc tests για διερεύνηση της συσχέτισης μορφωτικού επιπέδου με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση**

		Multiple Comparisons					
Dependent Variable		(I) Μορφωτικό επίπεδο	(J) Μορφωτικό επίπεδο	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval Lower Bound Upper Bound
Επαφή με τον θάνατο	LSD	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	1,698	1,397	,227	-1,07 4,47
			Απόφοιτος/η AEI	-1,459	1,690	,390	-4,81 1,89
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-,317	1,551	,839	-3,39 2,76
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-1,698	1,397	,227	-4,47 1,07
			Απόφοιτος/η AEI	-3,156	1,478	,335	-6,09 -,22
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,014	1,316	,129	-4,63 ,60
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	1,459	1,690	,390	-1,89 4,81
			Απόφοιτος/η TEI	3,156	1,478	,090	,22 6,09
			Μεταπτυχιακές σπουδές	1,142	1,624	,483	-2,08 4,36
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	,317	1,551	,839	-2,76 3,39
			Απόφοιτος/η TEI	2,014	1,316	,129	-,60 4,63
			Απόφοιτος/η AEI	-1,142	1,624	,483	-4,36 2,08
	Bonferroni	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	1,698	1,397	1,000	-2,06 5,46
			Απόφοιτος/η AEI	-1,459	1,690	1,000	-6,01 3,09
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-,317	1,551	1,000	-4,49 3,86
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-1,698	1,397	1,000	-5,46 2,06

			Απόφοιτος/η AEI	-3,156	1,478	,211	-7,14	,82	
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,014	1,316	,775	-5,56	1,53	
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	1,459	1,690	1,000	-3,09	6,01	
			Απόφοιτος/η TEI	3,156	1,478	,211	-,82	7,14	
			Μεταπτυχιακές σπουδές	1,142	1,624	1,000	-3,23	5,51	
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	,317	1,551	1,000	-3,86	4,49	
			Απόφοιτος/η TEI	2,014	1,316	,775	-1,53	5,56	
			Απόφοιτος/η AEI	-1,142	1,624	1,000	-5,51	3,23	
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	LSD	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	,373	1,018	,715	-1,65	2,39	
			Απόφοιτος/η AEI	-1,641	1,232	,186	-4,09	,80	
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,492*	1,130	,030	-4,73	-,25	
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-,373	1,018	,715	-2,39	1,65	
			Απόφοιτος/η AEI	-2,014	1,077	,064	-4,15	,12	
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,865*	,960	,004	-4,77	-,96	
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	1,641	1,232	,186	-,80	4,09	
			Απόφοιτος/η TEI	2,014	1,077	,064	-,12	4,15	
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-,850	1,183	,474	-3,20	1,50	
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	2,492*	1,130	,030	,25	4,73	
			Απόφοιτος/η TEI	2,865*	,960	,004	,96	4,77	
			Απόφοιτος/η AEI	,850	1,183	,474	-1,50	3,20	
		Bonferroni	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	,373	1,018	1,000	-2,37	3,12

		Απόφοιτος/η AEI	-1,641	1,232	1,000	-4,96	1,68
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,492	1,130	,179	-5,54	,55
Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-,373	1,018	1,000	-3,12	2,37
		Απόφοιτος/η AEI	-2,014	1,077	,386	-4,91	,89
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,865*	,960	,021	-5,45	-,28
	Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	1,641	1,232	1,000	-1,68	4,96
		Απόφοιτος/η TEI	2,014	1,077	,386	-,89	4,91
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-,850	1,183	1,000	-4,04	2,34
Μεταπτυχιακές σπουδές	Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	2,492	1,130	,179	-,55	5,54
		Απόφοιτος/η TEI	2,865*	,960	,021	,28	5,45
		Απόφοιτος/η AEI	,850	1,183	1,000	-2,34	4,04
	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	,176	,697	,802	-1,21	1,56
		Απόφοιτος/η AEI	-1,094	,843	,197	-2,77	,58
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-1,175	,773	,132	-2,71	,36
Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-,176	,697	,802	-1,56	1,21
		Απόφοιτος/η AEI	-1,270	,737	,088	-2,73	,19
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-1,351*	,656	,042	-2,65	-,05
	Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	1,094	,843	,197	-,58	2,77
		Απόφοιτος/η TEI	1,270	,737	,088	-,19	2,73
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-,081	,810	,921	-1,69	1,53

Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	Bonferroni	Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	1,175	,773	,132	-,36	2,71
			Απόφοιτος/η TEI	1,351*	,656	,042	,05	2,65
			Απόφοιτος/η AEI	,081	,810	,921	-1,53	1,69
		Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	,176	,697	1,000	-1,70	2,05
			Απόφοιτος/η AEI	-1,094	,843	1,000	-3,36	1,17
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-1,175	,773	,791	-3,26	,91
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-,176	,697	1,000	-2,05	1,70
			Απόφοιτος/η AEI	-1,270	,737	,528	-3,25	,71
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-1,351	,656	,254	-3,12	,42
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	1,094	,843	1,000	-1,17	3,36
			Απόφοιτος/η TEI	1,270	,737	,528	-,71	3,25
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-,081	,810	1,000	-2,26	2,10
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	1,175	,773	,791	-,91	3,26
			Απόφοιτος/η TEI	1,351	,656	,254	-,42	3,12
			Απόφοιτος/η AEI	,081	,810	1,000	-2,10	2,26
		Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	1,801	1,176	,129	-,53	4,13
			Απόφοιτος/η AEI	-1,562	1,422	,275	-4,38	1,26
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,192	1,305	,096	-4,78	,40
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-1,801	1,176	,129	-4,13	,53
			Απόφοιτος/η AEI	-3,363*	1,244	,008	-5,83	-,89
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-3,993*	1,108	,000	-6,19	-1,79



Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	LSD	Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	1,562	1,422	,275	-1,26	4,38	
			Απόφοιτος/η TEI	3,363*	1,244	,008	,89	5,83	
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-,630	1,367	,646	-3,34	2,08	
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	2,192	1,305	,096	-,40	4,78	
			Απόφοιτος/η TEI	3,993*	1,108	,000	1,79	6,19	
			Απόφοιτος/η AEI	,630	1,367	,646	-2,08	3,34	
		Bonferroni	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	1,801	1,176	,773	-1,37	4,97
				Απόφοιτος/η AEI	-1,562	1,422	1,000	-5,39	2,27
				Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,192	1,305	,578	-5,71	1,32
			Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-1,801	1,176	,773	-4,97	1,37
				Απόφοιτος/η AEI	-3,363*	1,244	,048	-6,71	-,01
				Μεταπτυχιακές σπουδές	-3,993*	1,108	,003	-6,98	-1,01
			Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	1,562	1,422	1,000	-2,27	5,39
				Απόφοιτος/η TEI	3,363*	1,244	,048	,01	6,71
				Μεταπτυχιακές σπουδές	-,630	1,367	1,000	-4,31	3,05
			Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	2,192	1,305	,578	-1,32	5,71
				Απόφοιτος/η TEI	3,993*	1,108	,003	1,01	6,98
				Απόφοιτος/η AEI	,630	1,367	1,000	-3,05	4,31
		Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	2,448	1,674	,147	-,88	5,77	
			Απόφοιτος/η AEI	,115	2,025	,955	-3,90	4,13	
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,067	1,859	,269	-5,75	1,62	

Bonferroni	Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-2,448	1,674	,147	-5,77	,88
		Απόφοιτος/η AEI	-2,333	1,771	,191	-5,85	1,18
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-4,514*	1,578	,005	-7,65	-1,38
	Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-,115	2,025	,955	-4,13	3,90
		Απόφοιτος/η TEI	2,333	1,771	,191	-1,18	5,85
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,181	1,946	,265	-6,04	1,68
	Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	2,067	1,859	,269	-1,62	5,75
		Απόφοιτος/η TEI	4,514*	1,578	,005	1,38	7,65
		Απόφοιτος/η AEI	2,181	1,946	,265	-1,68	6,04
	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	2,448	1,674	,882	-2,06	6,96
		Απόφοιτος/η AEI	,115	2,025	1,000	-5,34	5,57
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,067	1,859	1,000	-7,07	2,94
	Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-2,448	1,674	,882	-6,96	2,06
		Απόφοιτος/η AEI	-2,333	1,771	1,000	-7,10	2,44
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-4,514*	1,578	,031	-8,76	-,27
	Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-,115	2,025	1,000	-5,57	5,34
		Απόφοιτος/η TEI	2,333	1,771	1,000	-2,44	7,10
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,181	1,946	1,000	-7,42	3,06
	Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	2,067	1,859	1,000	-2,94	7,07
		Απόφοιτος/η TEI	4,514*	1,578	,031	,27	8,76
		Απόφοιτος/η AEI	2,181	1,946	1,000	-3,06	7,42

Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	LSD	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	2,783	1,870	,140	-,93	6,49
			Απόφοιτος/η AEI	-3,782	2,262	,098	-8,27	,71
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-4,192*	2,076	,046	-8,31	-,07
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-2,783	1,870	,140	-6,49	,93
			Απόφοιτος/η AEI	-6,565*	1,978	,001	-10,49	-2,64
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-6,975*	1,762	,000	-10,47	-3,48
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	3,782	2,262	,098	-,71	8,27
			Απόφοιτος/η TEI	6,565*	1,978	,001	2,64	10,49
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-,409	2,174	,851	-4,72	3,90
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	4,192*	2,076	,046	,07	8,31
			Απόφοιτος/η TEI	6,975*	1,762	,000	3,48	10,47
			Απόφοιτος/η AEI	,409	2,174	,851	-3,90	4,72
	Bonferroni	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	2,783	1,870	,840	-2,25	7,82
			Απόφοιτος/η AEI	-3,782	2,262	,586	-9,87	2,31
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-4,192	2,076	,277	-9,78	1,40
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-2,783	1,870	,840	-7,82	2,25
			Απόφοιτος/η AEI	-6,565*	1,978	,008	-11,89	-1,24
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-6,975*	1,762	,001	-11,72	-2,23
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	3,782	2,262	,586	-2,31	9,87
			Απόφοιτος/η TEI	6,565*	1,978	,008	1,24	11,89
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-,409	2,174	1,000	-6,26	5,44

		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	4,192	2,076	,277	-1,40	9,78
			Απόφοιτος/η TEI	6,975*	1,762	,001	2,23	11,72
			Απόφοιτος/η AEI	,409	2,174	1,000	-5,44	6,26
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	LSD	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	3,571*	1,607	,029	,38	6,76
			Απόφοιτος/η AEI	2,165	1,944	,268	-1,69	6,02
			Μεταπτυχιακές σπουδές	,733	1,784	,682	-2,81	4,27
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-3,571*	1,607	,029	-6,76	-,38
			Απόφοιτος/η AEI	-1,406	1,700	,410	-4,78	1,97
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,837	1,515	,064	-5,84	,17
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-2,165	1,944	,268	-6,02	1,69
			Απόφοιτος/η TEI	1,406	1,700	,410	-1,97	4,78
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-1,431	1,868	,445	-5,14	2,28
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	-,733	1,784	,682	-4,27	2,81
			Απόφοιτος/η TEI	2,837	1,515	,064	-,17	5,84
			Απόφοιτος/η AEI	1,431	1,868	,445	-2,28	5,14
	Bonferroni	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	3,571	1,607	,172	-,76	7,90
			Απόφοιτος/η AEI	2,165	1,944	1,000	-3,07	7,40
			Μεταπτυχιακές σπουδές	,733	1,784	1,000	-4,07	5,54
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-3,571	1,607	,172	-7,90	,76
			Απόφοιτος/η AEI	-1,406	1,700	1,000	-5,98	3,17
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,837	1,515	,384	-6,92	1,24

Φόρτος εργασίας	LSD	Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-2,165	1,944	1,000	-7,40	3,07
			Απόφοιτος/η TEI	1,406	1,700	1,000	-3,17	5,98
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-1,431	1,868	1,000	-6,46	3,60
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	-,733	1,784	1,000	-5,54	4,07
			Απόφοιτος/η TEI	2,837	1,515	,384	-1,24	6,92
			Απόφοιτος/η AEI	1,431	1,868	1,000	-3,60	6,46
	Bonferroni	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	2,770	1,733	,113	-,67	6,21
			Απόφοιτος/η AEI	-2,979	2,097	,158	-7,14	1,18
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-1,908	1,924	,324	-5,73	1,91
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-2,770	1,733	,113	-6,21	,67
			Απόφοιτος/η AEI	-5,749*	1,833	,002	-9,39	-2,11
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-4,678*	1,633	,005	-7,92	-1,44
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	2,979	2,097	,158	-1,18	7,14
			Απόφοιτος/η TEI	5,749*	1,833	,002	2,11	9,39
			Μεταπτυχιακές σπουδές	1,071	2,015	,596	-2,93	5,07
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	1,908	1,924	,324	-1,91	5,73
			Απόφοιτος/η TEI	4,678*	1,633	,005	1,44	7,92
			Απόφοιτος/η AEI	-1,071	2,015	,596	-5,07	2,93
		Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	2,770	1,733	,680	-1,90	7,44
			Απόφοιτος/η AEI	-2,979	2,097	,951	-8,63	2,67
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-1,908	1,924	1,000	-7,09	3,27

Διακρίσεις	LSD	Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-2,770	1,733	,680	-7,44	1,90
			Απόφοιτος/η AEI	-5,749*	1,833	,014	-10,69	-,81
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-4,678*	1,633	,031	-9,08	-,28
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	2,979	2,097	,951	-2,67	8,63
			Απόφοιτος/η TEI	5,749*	1,833	,014	,81	10,69
			Μεταπτυχιακές σπουδές	1,071	2,015	1,000	-4,35	6,50
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	1,908	1,924	1,000	-3,27	7,09
			Απόφοιτος/η TEI	4,678*	1,633	,031	,28	9,08
			Απόφοιτος/η AEI	-1,071	2,015	1,000	-6,50	4,35
		Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	,790	,996	,430	-1,19	2,77
			Απόφοιτος/η AEI	-,188	1,205	,876	-2,58	2,20
			Μεταπτυχιακές σπουδές	,275	1,106	,804	-1,92	2,47
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-,790	,996	,430	-2,77	1,19
			Απόφοιτος/η AEI	-,978	1,054	,355	-3,07	1,11
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-,515	,939	,584	-2,38	1,35
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	,188	1,205	,876	-2,20	2,58
			Απόφοιτος/η TEI	,978	1,054	,355	-1,11	3,07
			Μεταπτυχιακές σπουδές	,463	1,158	,690	-1,83	2,76
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	-,275	1,106	,804	-2,47	1,92
			Απόφοιτος/η TEI	,515	,939	,584	-1,35	2,38
			Απόφοιτος/η AEI	-,463	1,158	,690	-2,76	1,83

Bonferroni	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	,790	,996	1,000	-1,89	3,47		
		Απόφοιτος/η AEI	-,188	1,205	1,000	-3,43	3,06		
		Μεταπτυχιακές σπουδές	,275	1,106	1,000	-2,70	3,25		
	Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-,790	,996	1,000	-3,47	1,89		
		Απόφοιτος/η AEI	-,978	1,054	1,000	-3,82	1,86		
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-,515	,939	1,000	-3,04	2,01		
	Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	,188	1,205	1,000	-3,06	3,43		
		Απόφοιτος/η TEI	,978	1,054	1,000	-1,86	3,82		
		Μεταπτυχιακές σπουδές	,463	1,158	1,000	-2,65	3,58		
	Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	-,275	1,106	1,000	-3,25	2,70		
		Απόφοιτος/η TEI	,515	,939	1,000	-2,01	3,04		
		Απόφοιτος/η AEI	-,463	1,158	1,000	-3,58	2,65		
	ENSS Total	LSD	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	16,409	9,665	,093	-2,77	35,59
				Απόφοιτος/η AEI	-10,426	11,690	,375	-33,63	12,77
				Μεταπτυχιακές σπουδές	-13,333	10,729	,217	-34,63	7,96
Απόφοιτος/η TEI		Απόφοιτος/η λυκείου	-16,409	9,665	,093	-35,59	2,77		
		Απόφοιτος/η AEI	-26,835*	10,223	,010	-47,12	-6,55		
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-29,742*	9,108	,002	-47,82	-11,67		
Απόφοιτος/η AEI		Απόφοιτος/η λυκείου	10,426	11,690	,375	-12,77	33,63		
		Απόφοιτος/η TEI	26,835*	10,223	,010	6,55	47,12		
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,907	11,234	,796	-25,20	19,39		

Προσωπική εξουθένωση	Bonferroni	Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	13,333	10,729	,217	-7,96	34,63
			Απόφοιτος/η TEI	29,742*	9,108	,002	11,67	47,82
			Απόφοιτος/η AEI	2,907	11,234	,796	-19,39	25,20
		Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	16,409	9,665	,556	-9,62	42,44
			Απόφοιτος/η AEI	-10,426	11,690	1,000	-41,91	21,05
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-13,333	10,729	1,000	-42,23	15,56
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-16,409	9,665	,556	-42,44	9,62
			Απόφοιτος/η AEI	-26,835	10,223	,060	-54,36	,69
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-29,742*	9,108	,009	-54,27	-5,22
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	10,426	11,690	1,000	-21,05	41,91
			Απόφοιτος/η TEI	26,835	10,223	,060	-,69	54,36
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-2,907	11,234	1,000	-33,16	27,34
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	13,333	10,729	1,000	-15,56	42,23
			Απόφοιτος/η TEI	29,742*	9,108	,009	5,22	54,27
			Απόφοιτος/η AEI	2,907	11,234	1,000	-27,34	33,16
	LSD	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	-6,159	23,641	,795	-53,07	40,76
			Απόφοιτος/η AEI	-5,441	28,593	,849	-62,18	51,30
			Μεταπτυχιακές σπουδές	5,833	26,243	,825	-46,24	57,91
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	6,159	23,641	,795	-40,76	53,07
			Απόφοιτος/η AEI	,717	25,004	,977	-48,90	50,34
			Μεταπτυχιακές σπουδές	11,992	22,277	,592	-32,22	56,20



	Bonferroni	Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	5,441	28,593	,849	-51,30	62,18	
			Απόφοιτος/η TEI	-,717	25,004	,977	-50,34	48,90	
			Μεταπτυχιακές σπουδές	11,275	27,477	,682	-43,25	65,80	
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	-5,833	26,243	,825	-57,91	46,24	
			Απόφοιτος/η TEI	-11,992	22,277	,592	-56,20	32,22	
			Απόφοιτος/η AEI	-11,275	27,477	,682	-65,80	43,25	
		Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	-6,159	23,641	1,000	-69,82	57,50	
			Απόφοιτος/η AEI	-5,441	28,593	1,000	-82,44	71,56	
			Μεταπτυχιακές σπουδές	5,833	26,243	1,000	-64,83	76,50	
	Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	6,159	23,641	1,000	-57,50	69,82		
		Απόφοιτος/η AEI	,717	25,004	1,000	-66,61	68,05		
		Μεταπτυχιακές σπουδές	11,992	22,277	1,000	-48,00	71,98		
	Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	5,441	28,593	1,000	-71,56	82,44		
		Απόφοιτος/η TEI	-,717	25,004	1,000	-68,05	66,61		
		Μεταπτυχιακές σπουδές	11,275	27,477	1,000	-62,72	85,27		
	Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	-5,833	26,243	1,000	-76,50	64,83		
		Απόφοιτος/η TEI	-11,992	22,277	1,000	-71,98	48,00		
		Απόφοιτος/η AEI	-11,275	27,477	1,000	-85,27	62,72		
	Εργασιακή εξουθένωση	LSD	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	-15,945	31,668	,616	-78,79	46,90
				Απόφοιτος/η AEI	16,838	38,303	,661	-59,17	92,85
				Μεταπτυχιακές σπουδές	-,625	35,154	,986	-70,39	69,14

Bonferroni	Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	15,945	31,668	,616	-46,90	78,79
		Απόφοιτος/η AEI	32,783	33,494	,330	-33,68	99,25
		Μεταπτυχιακές σπουδές	15,320	29,842	,609	-43,90	74,54
	Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-16,838	38,303	,661	-92,85	59,17
		Απόφοιτος/η TEI	-32,783	33,494	,330	-99,25	33,68
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-17,463	36,807	,636	-90,51	55,58
	Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	,625	35,154	,986	-69,14	70,39
		Απόφοιτος/η TEI	-15,320	29,842	,609	-74,54	43,90
		Απόφοιτος/η AEI	17,463	36,807	,636	-55,58	90,51
	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	-15,945	31,668	1,000	-101,22	69,33
		Απόφοιτος/η AEI	16,838	38,303	1,000	-86,31	119,98
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-,625	35,154	1,000	-95,29	94,04
	Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	15,945	31,668	1,000	-69,33	101,22
		Απόφοιτος/η AEI	32,783	33,494	1,000	-57,41	122,98
		Μεταπτυχιακές σπουδές	15,320	29,842	1,000	-65,04	95,68
	Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-16,838	38,303	1,000	-119,98	86,31
		Απόφοιτος/η TEI	-32,783	33,494	1,000	-122,98	57,41
		Μεταπτυχιακές σπουδές	-17,463	36,807	1,000	-116,58	81,65
	Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	,625	35,154	1,000	-94,04	95,29
		Απόφοιτος/η TEI	-15,320	29,842	1,000	-95,68	65,04
		Απόφοιτος/η AEI	17,463	36,807	1,000	-81,65	116,58

Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	LSD	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	33,415	32,232	,302	-30,55	97,38
			Απόφοιτος/η AEI	99,412*	38,985	,012	22,05	176,78
			Μεταπτυχιακές σπουδές	32,500	35,780	,366	-38,50	103,50
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-33,415	32,232	,302	-97,38	30,55
			Απόφοιτος/η AEI	65,997	34,090	,056	-1,65	133,65
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-,915	30,374	,976	-61,19	59,36
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-99,412*	38,985	,012	-176,78	-22,05
			Απόφοιτος/η TEI	-65,997	34,090	,056	-133,65	1,65
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-66,912	37,463	,077	-141,26	7,43
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	-32,500	35,780	,366	-103,50	38,50
			Απόφοιτος/η TEI	,915	30,374	,976	-59,36	61,19
			Απόφοιτος/η AEI	66,912	37,463	,077	-7,43	141,26
	Bonferroni	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	33,415	32,232	1,000	-53,38	120,21
			Απόφοιτος/η AEI	99,412	38,985	,074	-5,57	204,39
			Μεταπτυχιακές σπουδές	32,500	35,780	1,000	-63,85	128,85
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-33,415	32,232	1,000	-120,21	53,38
			Απόφοιτος/η AEI	65,997	34,090	,335	-25,80	157,80
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-,915	30,374	1,000	-82,71	80,88
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-99,412	38,985	,074	-204,39	5,57
			Απόφοιτος/η TEI	-65,997	34,090	,335	-157,80	25,80
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-66,912	37,463	,463	-167,79	33,97

CBI Total	LSD	Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	-32,500	35,780	1,000	-128,85	63,85
			Απόφοιτος/η TEI	,915	30,374	1,000	-80,88	82,71
			Απόφοιτος/η AEI	66,912	37,463	,463	-33,97	167,79
		Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	11,311	75,482	,881	-138,48	161,10
			Απόφοιτος/η AEI	110,809	91,295	,228	-70,36	291,98
			Μεταπτυχιακές σπουδές	37,708	83,790	,654	-128,57	203,99
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-11,311	75,482	,881	-161,10	138,48
			Απόφοιτος/η AEI	99,498	79,833	,216	-58,93	257,92
			Μεταπτυχιακές σπουδές	26,397	71,129	,711	-114,76	167,55
		Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-110,809	91,295	,228	-291,98	70,36
			Απόφοιτος/η TEI	-99,498	79,833	,216	-257,92	58,93
			Μεταπτυχιακές σπουδές	-73,100	87,730	,407	-247,20	101,00
		Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	-37,708	83,790	,654	-203,99	128,57
			Απόφοιτος/η TEI	-26,397	71,129	,711	-167,55	114,76
			Απόφοιτος/η AEI	73,100	87,730	,407	-101,00	247,20
	Bonferroni	Απόφοιτος/η λυκείου	Απόφοιτος/η TEI	11,311	75,482	1,000	-191,95	214,57
			Απόφοιτος/η AEI	110,809	91,295	1,000	-135,04	356,65
			Μεταπτυχιακές σπουδές	37,708	83,790	1,000	-187,93	263,34
		Απόφοιτος/η TEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-11,311	75,482	1,000	-214,57	191,95
			Απόφοιτος/η AEI	99,498	79,833	1,000	-115,48	314,48
			Μεταπτυχιακές σπουδές	26,397	71,129	1,000	-165,14	217,94

Απόφοιτος/η AEI	Απόφοιτος/η λυκείου	-110,809	91,295	1,000	-356,65	135,04
	Απόφοιτος/η TEI	-99,498	79,833	1,000	-314,48	115,48
	Μεταπτυχιακές σπουδές	-73,100	87,730	1,000	-309,35	163,14
Μεταπτυχιακές σπουδές	Απόφοιτος/η λυκείου	-37,708	83,790	1,000	-263,34	187,93
	Απόφοιτος/η TEI	-26,397	71,129	1,000	-217,94	165,14
	Απόφοιτος/η AEI	73,100	87,730	1,000	-163,14	309,35

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Παράλληλα, για να διαπιστωθεί εάν το στρες σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις Pearson. Επιλέχθηκε αυτό το στατιστικό τεστ καθώς όλες οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ποσοτικές μεταβλητές. Εκτός από τις συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων (π.χ. η Copenhagen Burnout Inventory σχετίζεται θετικά και γραμμικά με τις 3 υποκλίμακές της, και οι υποκλίμακες αυτές σχετίζονται όλες μεταξύ τους), διαπιστώθηκαν οι εξής συσχετίσεις:

- Οι συγκρούσεις με τους ιατρούς σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την εργασιακή εξουθένωση ( $r=0.196$ ,  $p=0.048$ ).
- Οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την προσωπική εξουθένωση ( $r=0.296$ ,  $p=0.003$ ).
- Οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την εργασιακή εξουθένωση ( $r=0.204$ ,  $p=0.040$ ).
- Οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την συνολική επαγγελματική εξουθένωση ( $r=0.207$ ,  $p=0.037$ ).
- Οι συγκρούσεις με τους προϊσταμένους σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την προσωπική εξουθένωση ( $r=0.200$ ,  $p=0.044$ ).
- Οι συγκρούσεις με τους προϊσταμένους σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την εργασιακή εξουθένωση ( $r=0.204$ ,  $p=0.040$ ).
- Οι αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την προσωπική εξουθένωση ( $r=0.202$ ,  $p=0.041$ ).
- Οι αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς ( $r=0.197$ ,  $p=0.047$ ).
- Οι αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την συνολική επαγγελματική εξουθένωση ( $r=0.218$ ,  $p=0.027$ ).
- Ο φόρτος εργασίας σχετίζεται θετικά και γραμμικά με την προσωπική εξουθένωση ( $r=0.291$ ,  $p=0.003$ ).
- Οι διακρίσεις σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την προσωπική εξουθένωση ( $r=0.268$ ,  $p=0.006$ ).
- Οι διακρίσεις σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την εργασιακή εξουθένωση ( $r=0.309$ ,  $p=0.002$ ).
- Οι διακρίσεις σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την συνολική επαγγελματική εξουθένωση ( $r=0.289$ ,  $p=0.003$ ).

- Το συνολικό στρες σχετίζεται θετικά και γραμμικά με την προσωπική εξουθένωση ( $r=0.264$ ,  $p=0.007$ ).
- Το συνολικό στρες σχετίζεται θετικά και γραμμικά με την εργασιακή εξουθένωση ( $r=0.213$ ,  $p=0.032$ ).

Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι το στρες σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι παρατηρήθηκαν αδύναμες και όχι ισχυρές συσχετίσεις, καθώς η ισχυρότερη συσχέτιση που βρέθηκε ήταν μόλις 0.309 (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Συσχέτιση μεταξύ στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης

		Επαφή με τον θάνατο	Συγκρούσεις με τους ιατρούς	Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	Συγκρούσεις με τους προϊστάμενους	Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	Φόρτος εργασίας	Διακρίσεις	ENSS Total	Προσωπική εξουθένωση	Εργασιακή εξουθένωση	Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	CBI Total
Επαφή με τον θάνατο	<i>r</i>	1	,571**	,547**	,497*	,669**	,732**	,538**	,673*	,389*	,802*	,112	,103	,013	,084
	<i>p</i> ***		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,260	,301	,896	,402
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	<i>r</i>	,571**	1	,481**	,530*	,677**	,685**	,530**	,587*	,461*	,769*	,187	,196*	,058	,165
	<i>p</i> ***	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,060	,048	,564	,097
Ανεπαρκής προετοιμασία	<i>r</i>	,547**	,481**	1	,668*	,434**	,605**	,323**	,581*	,205*	,648*	,148	,074	,036	,092



χειρισμού των συναισθηματικών ν αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	$p^{***}$	,000	,000		,000	,000	,000	,001	,000	,039	,000	,139	,460	,720	,355
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	$r$	,497**	,530**	,668**	1	,575**	,700**	,558**	,662* *	,482* *	,786* *	,296* *	,204*	,067	,207 *
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	$p^{***}$	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,040	,503	,037
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	$r$	,669**	,677**	,434**	,575* *	1	,755**	,741**	,708* *	,428* *	,872* *	,200*	,204*	,092	,188
Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	$p^{***}$	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,044	,040	,358	,059
Φόρτος εργασίας	$r$	,732**	,685**	,605**	,700* *	,755**	1	,640**	,733* *	,429* *	,905* *	,190	,146	-,017	,112
Διακρίσεις	$p^{***}$	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,056	,144	,866	,261
	$r$	,538**	,530**	,323**	,558* *	,741**	,640**	1	,670* *	,446* *	,799* *	,202*	,166	,197*	,218 *
	$p^{***}$	,000	,000	,001	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,041	,095	,047	,027
	$r$	,673**	,587**	,581**	,662* *	,708**	,733**	,670**	1	,342* *	,863* *	,291* *	,154	,062	,182
	$p^{***}$	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,003	,121	,536	,067
	$r$	,389**	,461**	,205*	,482* *	,428**	,429**	,446**	,342* *	1	,564* *	,268* *	,309* *	,176	,289 **
	$p^{***}$	,000	,000	,039	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,006	,002	,077	,003

ENSS Total	<i>r</i>	,802**	,769**	,648**	,786*	,872**	,905**	,799**	,863*	,564*	1	,264*	,213*	,091	,211*
	<i>p</i> ***	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>		<b>,007</b>	,032	,365	,033
Προσωπική εξουθένωση	<i>r</i>	,112	,187	,148	,296*	,200*	,190	,202*	,291*	,268*	,264*	1	,750*	,463**	,826**
	<i>p</i> ***	,260	,060	,139	<b>,003</b>	<b>,044</b>	,056	,041	<b>,003</b>	<b>,006</b>	<b>,007</b>		<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>
Εργασιακή εξουθένωση	<i>r</i>	,103	,196*	,074	,204*	,204*	,146	,166	,154	,309*	,213*	,750*	1	,594**	,911**
	<i>p</i> ***	,301	,048	,460	<b>,040</b>	<b>,040</b>	,144	,095	,121	<b>,002</b>	<b>,032</b>	<b>,000</b>		<b>,000</b>	<b>,000</b>
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	<i>r</i>	,013	,058	,036	,067	,092	-,017	,197*	,062	,176	,091	,463*	,594*	1	,829**
	<i>p</i> ***	,896	,564	,720	,503	,358	,866	<b>,047</b>	,536	,077	,365	<b>,000</b>	<b>,000</b>		<b>,000</b>
CBI Total	<i>r</i>	,084	,165	,092	,207*	,188	,112	,218*	,182	,289*	,211*	,826*	,911*	,829**	1
	<i>p</i> ***	,402	,097	,355	<b>,037</b>	,059	,261	<b>,027</b>	,067	<b>,003</b>	<b>,033</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	

\*\*\*. Pearson correlation.

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Τέλος, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για να βρεθεί αν η επαγγελματική εξουθένωση (ανεξάρτητη μεταβλητή) αποτελεί προγνωστικό παράγοντα του στρες (εξαρτημένη μεταβλητή). Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο υπόδειγμα ήταν οι εξής: επαφή με τον θάνατο, συγκρούσεις με τους ιατρούς, ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, συγκρούσεις με τους συναδέλφους, συγκρούσεις με τους προϊσταμένους, αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους, φόρτος εργασίας, διακρίσεις, ENSS Total. Δεν εισήχθησαν ποιοτικές μεταβλητές. Η μέθοδος εισαγωγής ήταν η μέθοδος Enter.

Διαπιστώθηκε ότι η προσωπική εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των συγκρούσεων με τους συναδέλφους, καθώς  $F(1, 100) = 9.614$ ,  $p = 0.03$ , με  $R^2 = 0.08$ . Οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους αυξάνονταν κατά 0.01 για κάθε βαθμό στην προσωπική εξουθένωση. Επίσης, η συνολική επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των συγκρούσεων με τους συναδέλφους, καθώς  $F(1, 100) = 4.455$ ,  $p = 0.03$ , με  $R^2 = 0.04$ . Οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους αυξάνονταν κατά 0.03 για κάθε βαθμό στη συνολική επαγγελματική εξουθένωση. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι η προσωπική εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των συγκρούσεων με τους προϊσταμένους, καθώς  $F(1, 100) = 4.167$ ,  $p = 0.04$ , με  $R^2 = 0.04$ . Οι συγκρούσεις με τους προϊσταμένους αυξάνονταν κατά 0.01 για κάθε βαθμό στην προσωπική εξουθένωση. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η εργασιακή εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των συγκρούσεων με τους προϊσταμένους, καθώς  $F(1, 100) = 4.337$ ,  $p = 0.04$ , με  $R^2 = 0.04$ . Οι συγκρούσεις με τους προϊσταμένους αυξάνονταν κατά 0.01 για κάθε βαθμό στην εργασιακή εξουθένωση.

Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι η προσωπική εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, καθώς  $F(1, 100) = 3.728$ ,  $p = 0.05$ , με  $R^2 = 0.03$ . Η αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα αυξάνονταν κατά 0.01 για κάθε βαθμό στην προσωπική εξουθένωση. Η προσωπική εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των αγχωτικών καταστάσεων που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς  $F(1, 100) = 4.272$ ,  $p = 0.04$ , με  $R^2 = 0.04$ . Οι αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους αυξάνονταν κατά 0.01 για κάθε βαθμό στην προσωπική εξουθένωση. Ακόμη, η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των αγχωτικών καταστάσεων που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς  $F(1, 100) = 4.028$ ,  $p = 0.04$ , με  $R^2 = 0.03$ . Οι αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους αυξάνονταν κατά 0.01 για κάθε βαθμό στην εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς. Επιπλέον, η συνολική επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των αγχωτικών

καταστάσεων που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς  $F(1, 100) = 5.005$ ,  $p = 0.02$ , με  $R^2 = 0.04$ . Οι αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους αυξάνονταν κατά 0.01 για κάθε βαθμό στην συνολική επαγγελματική εξουθένωση.

Επιπλέον, η προσωπική εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα του φόρτου εργασίας, καθώς  $F(1, 100) = 9.223$ ,  $p = 0.00$ , με  $R^2 = 0.08$ . Ο φόρτος εργασίας αυξάνονταν κατά 0.02 για κάθε βαθμό στην προσωπική εξουθένωση. Η προσωπική εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των διακρίσεων, καθώς  $F(1, 100) = 7.738$ ,  $p = 0.00$ , με  $R^2 = 0.07$ . Οι διακρίσεις αυξάνονταν κατά 0.01 για κάθε βαθμό στην προσωπική εξουθένωση. Ταυτόχρονα, η εργασιακή εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των διακρίσεων, καθώς  $F(1, 100) = 10.538$ ,  $p = 0.00$ , με  $R^2 = 0.09$ . Οι διακρίσεις αυξάνονταν κατά 0.01 για κάθε βαθμό στην εργασιακή εξουθένωση. Η συνολική επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των διακρίσεων, καθώς  $F(1, 100) = 9.126$ ,  $p = 0.00$ , με  $R^2 = 0.08$ . Οι διακρίσεις αυξάνονταν κατά 0.01 για κάθε βαθμό στη συνολική επαγγελματική εξουθένωση. Επιπρόσθετα, η προσωπική εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα του συνολικού στρες, καθώς  $F(1, 100) = 7.506$ ,  $p = 0.00$ , με  $R^2 = 0.07$ . Το συνολικό στρες αυξάνονταν κατά 0.11 για κάθε βαθμό στην προσωπική εξουθένωση. Η εργασιακή εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα του συνολικού στρες, καθώς  $F(1, 100) = 4.754$ ,  $p = 0.03$ , με  $R^2 = 0.04$ . Το συνολικό στρες αυξάνονταν κατά 0.06 για κάθε βαθμό στην εργασιακή εξουθένωση. Τέλος, η συνολική επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα του συνολικού στρες, καθώς  $F(1, 100) = 4.648$ ,  $p = 0.03$ , με  $R^2 = 0.04$ . Το συνολικό στρες αυξάνονταν κατά 0.02 για κάθε βαθμό στην συνολική επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 17).

**Πίνακας 17. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση για να βρεθεί αν η επαγγελματική εξουθένωση (ανεξάρτητη μεταβλητή) αποτελεί προγνωστικό παράγοντα του στρες (εξαρτημένη μεταβλητή)**

	Ανεξάρτητες μεταβλητές															
	Προσωπική εξουθένωση				Εργασιακή εξουθένωση				Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς				CBI Total			
	<i>B</i> *	<i>β</i> **	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i> ***	<i>B</i> *	<i>β</i> **	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i> ***	<i>B</i> *	<i>β</i> **	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i> ***	<i>B</i> *	<i>β</i> **	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i> ***
Επαφή με τον θάνατο	0.00	0.11	0.01	0.26	0.00	0.10	0.11	0.30	0.00	0.01	0.00	0.89	0.00	0.08	0.00	0.40
Συγκρούσεις με τους ιατρούς	0.00	0.18	0.03	0.60	0.00	0.19	0.03	0.06	0.00	0.05	0.00	0.56	0.00	0.16	0.02	0.09
Ανεπαρκής προετοιμασία χειρισμού των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους	0.00	0.14	0.02	0.13	0.00	0.07	0.00	0.46	0.00	0.03	0.00	0.72	0.00	0.09	0.00	0.35
Εξαρτημένες μεταβλητές Συγκρούσεις με τους συναδέλφους	0.01	0.29	0.08	<b>0.03</b>	0.00	0.08	0.06	0.06	0.00	0.06	0.00	0.50	0.03	0.20	0.04	<b>0.03</b>
Συγκρούσεις με τους προϊσταμένους	0.01	0.20	0.04	<b>0.04</b>	0.01	0.20	0.04	<b>0.04</b>	0.00	0.09	0.00	0.35	0.00	0.18	0.03	0.06
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	0.01	0.19	0.03	<b>0.05</b>	0.00	0.14	0.02	0.14	-0.00	-0.01	0.00	0.86	0.00	0.11	0.01	0.26

Αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους	0.01	0.20	0.04	<b>0.04</b>	0.00	0.16	0.02	0.09	0.01	0.19	0.03	<b>0.04</b>	0.01	0.21	0.04	<b>0.02</b>
Φόρτος εργασίας	0.02	0.29	0.08	<b>0.00</b>	0.00	0.15	0.02	0.12	0.00	0.06	0.00	0.53	0.00	0.18	0.03	0.06
Διακρίσεις	0.01	0.26	0.07	<b>0.00</b>	0.01	0.30	0.09	<b>0.00</b>	0.00	0.17	0.03	0.07	0.01	0.24	0.08	<b>0.00</b>
ENSS Total	0.11	0.26	0.07	<b>0.00</b>	0.06	0.21	0.04	<b>0.03</b>	0.02	0.09	0.00	0.36	0.02	0.21	0.04	<b>0.03</b>

\*Unstandardized beta

\*\*Standardized beta

\*\*\*Anova

## 4.Συζήτηση

Η έρευνα αυτή διερεύνησε τα επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης των Ελλήνων νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες/κλινικές COVID-19.

Διαπιστώθηκε ότι οι Έλληνες νοσηλευτές έχουν ελαφρώς υψηλά επίπεδα στρες και οι πιο στρεσογόνες καταστάσεις είναι η επαφή με το θάνατο, η αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, οι αγχωτικές καταστάσεις που σχετίζονται με αλληλεπιδράσεις με ασθενείς και τις οικογένειές τους και ο φόρτος εργασίας. Επίσης, βρέθηκε ότι οι Έλληνες νοσηλευτές έχουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα παραπάνω ευρήματα συμβαδίζουν με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί. Πρόσφατη έρευνα από την Κίνα και την Ιταλία, δύο έθνη που βίωσαν την πρώιμη φάση της πανδημίας, διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που συμμετείχαν άμεσα στη φροντίδα των ασθενών με COVID-19 είχαν αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Αυτές οι πρώτες δημοσιεύσεις σχετικά με τον αντίκτυπο της πανδημίας στους εργαζομένους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης επισήμαναν την έκθεση της πρώτης γραμμής σε ασθενείς με COVID ως κύριο παράγοντα κινδύνου, αλλά εντόπισαν μερικές άλλες μεταβλητές που εξηγούν τα αναφερόμενα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, αϋπνίας, ψυχολογικής δυσφορίας και μετατραυματικού στρες στους νοσηλευτές (Arnetz, et al., 2020). Τα υψηλά επίπεδα στρες των νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες/κλινικές COVID-19 διαπιστώθηκε και από τον Salari και τους συνεργάτες του (2020), οι οποίοι μάλιστα διαπίστωσαν ότι ο επιπολασμός του στρες μεταξύ των νοσηλευτών είναι 45%. Ο Zhang και οι συνεργάτες του (2020) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές έχουν πολύ στρες, το οποίο σχετίζεται κυρίως με τον φόβο μετάδοσης του COVID-19 στις οικογένειές τους.

Αλλά και σε ελληνικό επίπεδο, αρκετές έρευνες έχουν διαπιστώσει τα υψηλά επίπεδα στρες των νοσηλευτών. Άλλωστε, το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα αντιμετώπιζε ήδη σοβαρές προκλήσεις στην αρχή της πανδημίας μετά από χρόνια λιτότητας και κλιμακούμενης προσφυγικής κρίσης. Η Pappa και οι συνεργάτες της (2021) διαπίστωσαν ότι το ποσοστό των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης με συμπτώματα μέτριας / σοβαρής κατάθλιψης, άγχους και τραυματικού στρες ήταν 30%, 25% και 33%, αντίστοιχα. Τα επίπεδα εξουθένωσης ήταν ιδιαίτερα υψηλά με το 65% των ερωτηθέντων να σημειώνουν

μέτρια / σοβαρή συναισθηματική εξάντληση, 92% σοβαρή αποπροσωποποίηση και 51% χαμηλή / μέτρια βαθμολογία στην προσωπική επιτυχία. Οι προγνωστικοί παράγοντες των αρνητικών ψυχολογικών αποτελεσμάτων περιελάμβαναν φόβο, αντιληπτό άγχος, κίνδυνο μόλυνσης, έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού και χαμηλή κοινωνική υποστήριξη. Η ψυχολογική επιβάρυνση που σχετίζεται με το COVID-19 σε επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα είναι σημαντική, με περισσότερους από τους μισούς να αντιμετωπίζουν τουλάχιστον ήπιες δυσκολίες ψυχικής υγείας. Επίσης, ο Tsamakīs και οι συνεργάτες του (2020) διαπίστωσαν μεγάλα ποσοστά αντιληπτού στρες και ο Blekas και οι συνεργάτες του (2020) διαπίστωσαν υψηλά επίπεδα μετατραυματικού στρες.

Όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών, πληθώρα ερευνών έχουν διαπιστώσει τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι Jose, Dhandapani και Cyriac (2020) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ COVID-19 έχουν σοβαρή επαγγελματική εξουθένωση, συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Ο Khasne και οι συνεργάτες του (2020) διαπίστωσαν ότι ο επιπολασμός της προσωπικής εξουθένωσης ήταν 44,6%, η εξάντληση που σχετίζεται με την εργασία ήταν 26,9%, ενώ περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (n=1.069, 52.8%) είχαν εξάντληση που σχετίζεται με πανδημία. Επίσης, ο Lasalvia και οι συνεργάτες του (2021) διαπίστωσαν ότι 49,2% των νοσηλευτών έχουν συναισθηματική εξάντληση, 46,9% έχουν μειωμένη αίσθηση προσωπικής επιτυχίας και 29.7% έχουν κυνισμό, και η Azoulay και οι συνεργάτες της (2020) διαπίστωσαν ότι το 51% των νοσηλευτών έχουν επαγγελματική εξουθένωση. Σε υψηλά επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης κατέληξε και ο Nishimura και οι συνεργάτες του (2021).

Παράλληλα, η έρευνα αυτή διαπίστωσε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης. Το εύρημα αυτό συμβαδίζει και με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί (Koutsimani, Montgomery & Georganta, 2019; Iacovides et al., 2003; Gandi et al., 2011; Syed et al., 2014; Dalatony, Hathout & Allam, 2019; Dyrbye et al., 2019).

Όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και επιπέδων στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη προσωπική εξουθένωση και συνολική επαγγελματική εξουθένωση από τους άνδρες. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα του Blekas και των συνεργατών του (2020) και του Khasne και των συνεργατών του (2020). Ωστόσο, αντίθετα με την έρευνα αυτή, ο Blekas και οι συνεργάτες του (2020) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερα επίπεδα στρες από



τους άνδρες. Αυτή η διαφοροποίηση ίσως συνέβη λόγω της έρευνας σε διαφορετική χώρα και με μικρότερο δείγμα.

Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι τα άτομα που δεν είχαν παιδιά κάτω των 18 ετών είχαν μεγαλύτερη αβεβαιότητα σχετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα και περισσότερο στρες σχετικά με το φόρτο εργασίας συγκριτικά με τα άτομα που είχαν παιδιά κάτω των 18 ετών. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα της Hendy και των συνεργατών της (2021) οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές με παιδιά έχουν μεγαλύτερο στρες. Βέβαια, ο Cañadas-De la Fuente και οι συνεργάτες του (2018) βρήκαν ότι οι νοσηλευτές που δεν είχαν παιδιά είχαν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό ίσως δικαιολογεί το γιατί στην παρούσα έρευνα οι νοσηλευτές χωρίς παιδιά είχαν μεγαλύτερο στρες σχετικά με το φόρτο εργασίας.

Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακές σπουδές θεωρούν πιο στρεσογόνες τις συγκρούσεις με τους ιατρούς, τις συγκρούσεις με τους συναδέλφους, και την αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα ενώ οι απόφοιτοι/ες ΤΕΙ τα θεωρούν λιγότερο στρεσογόνα. Επίσης, οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακές σπουδές θεωρούν πιο στρεσογόνο τον φόρτο εργασίας εν αντιθέσει με τους απόφοιτους/ες ΤΕΙ. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο στρες έχουν οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακές σπουδές και το μικρότερο οι απόφοιτοι/ες ΤΕΙ. Το εύρημα αυτό δεν συμβαδίζει με άλλες παρόμοιες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, οι οποίες έχουν διαπιστώσει ότι το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών δεν σχετίζεται με το στρες (Saberinia et al., 2020; Almazan, Albougami & Alamri, 2019). Επίσης, αντίθετα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, άλλες έχουν διαπιστώσει ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο, και ειδικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο μεγαλύτερη είναι η επαγγελματική εξουθένωση (Aydin Sayilan, Kulakas & Uzun, 2020; Ferry et al., 2020). Συνεπώς, δεδομένου ότι λίγες υπάρχουσες έρευνες έχουν συσχετίσει το μορφωτικό επίπεδο και το στρες των νοσηλευτών, και καθώς έχει διαπιστωθεί ότι το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση, ίσως έτσι εξηγείται η διαφοροποίηση αυτή.

Παράλληλα, αντίθετα με την παρούσα έρευνα, ο Zhang και οι συνεργάτες του (2020) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με περισσότερες βάρδιες έχουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Όμως, ούτε οι Bakhtom, Nassiri και Borgheipour (2019) διαπίστωσαν συσχέτιση μεταξύ βάρδιας και επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Vidotti

και οι συνεργάτες της (2018) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε περισσότερες βραδινές βάρδιες έχουν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση. Στην έρευνα όμως αυτή, μελετήθηκαν και ως μεταβλητές ο ύπνος, η υποστήριξη και ο έλεγχος. Επίσης, η έρευνα της Vidotti και των συνεργατών της (2018) δεν πραγματοποιήθηκε κατά την εποχή της πανδημίας COVID-19, και αυτός είναι ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δεν συμβαδίζουν με την έρευνα της Vidotti και των συνεργατών της (2018).

#### **4.1 Περιορισμοί μελέτης**

Η έρευνα αυτή είχε και ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά, το δείγμα είναι μικρό και δεν ανταποκρίνεται στα επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης όλων των Ελλήνων νοσηλευτών. Επίσης, δεν μελετήθηκε εάν οι συμμετέχοντες νόσησαν από COVID-19. Παρόλα αυτά, δεδομένου των υψηλών επιπέδων στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης, κρίνεται σκόπιμο να αναπτυχθούν στρατηγικές που να μειώσουν τα αρνητικά αυτά συναισθήματα στους νοσηλευτές και να αυξήσουν την ψυχολογική τους ανθεκτικότητα και την εργασιακή ικανοποίηση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, 1-17.
- Al Maqbali, M., Al Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 141, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110343>
- Almazan, J. U., Albougami, A. S., & Alamri, M. S. (2019). Exploring nurses' work-related stress in an acute care hospital in KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 14(4), 376–382.
- Alyaemni, A. (2019). Measurement of Experienced Burnout among Health Care Professionals in Saudi Hospitals: A Cross-Sectional Study in Riyadh. *Advances in Preventive Medicine and Health Care*, 2, 10-15.
- American Nurses Association (2020). *More than 32k Nurses Share Experiences from the Front Lines* [online]. Retrieved from <https://anamichigan.nursingnetwork.com/nursing-news/179188-more-than-32k-nurses-share-experience-from-the-front-lines> [accessed 2/4/2020].
- Anderson, D.S, Ones, N., & Sinangil, H.K. (2018). Handbook of industrial, work and organizational psychology. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Armocida, B., Formenti, B., Ussai, S., et al. (2020). The Italian health system and the COVID-19 challenge. *Lancet Public Health*, 5 (5), 1-10.
- Arnetz, J.E., Goetz, C.M., Arnetz, B.B., & Arble, E. (2020). Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 81-96.
- Arslan, G. (2020). Psychological maltreatment, social acceptance, social connectedness, and subjective wellbeing in adolescents. *Journal of Happiness Studies*, 19(4), 983–1001.
- Aydin Sayilan, A., Kulakaç, N., & Uzun, S. (2020). Burnout levels and sleep quality of COVID-19 heroes. *Perspectives in Psychiatric Care*, <https://doi.org/10.1111/ppc.12678>
- Azoulay, E., De Waele, J., Ferrer, R. et al. (2020). Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Annals of Intensive Care*, <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00722-3>

Babbie, E. (2018). *Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα*. Επιμέλεια Ι. Κατερέλος & Σ. Χατζηφωτίου. Αθήνα: Κριτική.

Bakalis, N.A., Mastrogianni, E., Melista, E., & Kiekkas, P. (2015). The image and profile of the nursing profession in Greece: Attitudes of high school students, nursing students and nurses. *International Journal of Nursing Clinical Practice*, 2, 1-16.

Bakhtom, S., Nassiri, P., & Borgheipour, H. (2019). The Relationship between Shift Work and Burnout among ICU Nursing Staff in Hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Novelty in Biomedicine*, 7(4), 181-186.

Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113-129.

Batra, K., Singh, T.P., Sharma, M., et al. (2020). Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-33.

Blekas, A., Voitsidis, P., Athanasiadou, M., et al. (2020). COVID-19: PTSD symptoms in Greek health care professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(7), 812–819.

Blix, E., Perski, A., Berglund, H., & Savic, I. (2013). Long-term occupational stress is associated with regional reductions in brain tissue volumes. *PLoS One*, 8(6), 1-15.

Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E. I., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. L. (2018). Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2102.

Ceri, V., & Cicek, I. (2021). Psychological well-being, depression and stress during COVID-19 pandemic in Turkey: A comparative study of healthcare professionals and non-healthcare professionals. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 85–97.

Chatzigianni, D., Tsounis, A., Markopoulos, N., & Sarafis, P. (2018). Occupational Stress Experienced by Nurses Working in a Greek Regional Hospital: A Cross-sectional Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(6), 450–457.

Chemali, Z., Ezzeddine, F.L., Gelaye, B. et al. (2019). Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC Public Health*, 19, 13-37.

- Contrada, R., & Baum, A. (2011). *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health*. Berlin: Springer.
- Cui, S., Jiang, Y., Shi, Q., et al. (2021). Impact of COVID-19 on Anxiety, Stress, and Coping Styles in Nurses in Emergency Departments and Fever Clinics: A Cross-Sectional Survey. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 585-594.
- Dai, Y., Hu, G., Xiong, H., Qiu, H., & Yuan, X. (2020). Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *medRxiv*, <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>
- Dalatony, E.M.M., Hathout, H.M., & Allam, H.K. (2019). Stress and Burnout among Nurses Working in Menoufia University Hospitals. *Ergonomics International Journal*, 3(3), 1-9.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., et al. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources and Health*, 18, 41.
- Davey, A., Bansal, R., Sharma, P., Davey, S., Shukla, A., & Shrivastava, K. (2014). Occupational stress among staff nurses: Controlling the risk to health. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 18(2), 52-56.
- de Paiva, L.C., Canário, A.N.C., de Paiva China, E.L.C., & Gonçalves, A.K. (2017). Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*, 72(5), 305-309.
- Dyrbye, L.N., Shanafelt, T.D., Johnson, P.O., et al. (2019). A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nursing*, 18, 57.
- Elshaer, N.S.M., Moustafa, M.S.A., Aiad, M.W., et al. (2018). Job stress and burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Alexandria Journal of Medicine*, 54, 273–277.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., et al. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinions in Critical Care*, 13, 482–488.
- Ferry, A.V., Wereski, R., Strachan, F.E., et al. (2020). Predictors of healthcare worker burnout during the COVID-19 pandemic. *medRxiv*, <https://doi.org/10.1101/2020.08.26.20182378>
- Folkman, S. (2011). *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. Oxford: Oxford University Press.
- Frajerman, A., Morvan, Y., Krebs, M.O., et al. (2019). Burnout in medical students before residency: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 55, 36–42.

- French, S.E., Lenton, R., Walters, V., & Eyles, J. (2000). An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *Journal of Nursing Measurements*, 8, 161–178.
- Gandi, J.C., Wai, P.S., Karick, H., & Dragona, Z.K. (2011). The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Mental Health in Family Medicine*, 8(3), 181–194.
- Hegney, D., Eley, R., Plank, A., Buikstra, E., & Parker, V. (2006). Workforce issues in nursing in Queensland. *Journal of Clinical Nursing*, 15(12), 1521–1530.
- Hegney, D., Plank, A., Parker, V. (2003). Nursing workloads: The results of a study of Queensland nurses. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 307–314.
- Hendy, A., Abozeid, A., Sallam, G., et al. (2021). Predictive factors affecting stress among nurses providing care at COVID-19 isolation hospitals at Egypt. *Nursing Open*, 8, 498-505.
- Huang, J.Z., Han, M.F., Luo, T.D., et al. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 38, 1-15.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 209-221.
- Jackson, D., Bradbury-Jones, C., Baptiste, D., et al. (2020). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2041–2043.
- Jose, S., Dhandapani, M., & Cyriac, M.C. (2020). Burnout and Resilience among Frontline Nurses during COVID-19 Pandemic: A Cross-sectional Study in the Emergency Department of a Tertiary Care Center, North India. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(11), 1081–1088.
- Jovanovic, H., Perski, A., Berglund, H., & Savic, I. (2011). Chronic stress is linked to 5-HT1A receptor changes and functional disintegration of the limbic networks. *NeuroImage*, 55(1), 1178–1188.
- Khasne, R.W., Dhakulkar, B.S., Mahajan, H.C., & Kulkarni, A.P. (2020). Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(8), 664–671.
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 284.
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-13.

- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Lancee, W.J., Maunder, R.G., Goldbloom, D.S., et al. (2008). Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatric Services*, 59 (1), 91–95.
- Lasalvia, A., Amaddeo, F., Porru, S., et al. (2021). Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open*, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045127>
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J.E., et al. (2020a). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Global Health*, 8, 790–798.
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C.J., et al. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compassionate Psychiatry*, 53, 15–23.
- Liu, Z., Han, B., Jiang, R., et al. (2020). Mental Health Status of Healthcare Workers in China for COVID-19 Epidemic. *Annals of Global Health*, 86(1), 128-1238.
- Lung, F.W., Lu, Y.C., Chang, Y.Y., & Shu, B.C. (2009). Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: A Follow-up study. *Psychiatric Quarterly*, 80, 107–116.
- Malliarou, M., Sarafis, P., Moustaka, E., Kouvela, T., & Constantinidis, T.T. (2010). Greek registered nurses' job satisfaction in relation to work-related stress. A study on Army and Civilian Rns. *Global Journal of Health Science*, 2, 44–59.
- Masa'Deh, R., Alhalaiqa, F., AbuRuz, M.E., Al-Dweik, G., & Al-Akash, H.Y. (2017). Perceived Stress in Nurses: A Comparative Study. *Global Journal of Health Science*, 9(6), 195-203.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
- McCarthy, V. J., Power, S., & Greiner, B. A. (2010). Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. *Occupational Medicine (London)*, 60(8), 604-610.
- Montemurro, N. (2020). The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 23-24.
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., et al. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7, 813–824.

- Morgantini, L.A., Naha, U., Wang, H., et al. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS ONE*, 15(9), 1-20.
- Moustaka, E., Antoniadou, F., Malliarou, M., Zantzou, I., Kyriaki, C., & Constantinidis, T. (2010). Research in occupational stress among nursing staff-a comparative study in capital and regional hospitals. *The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses*, 3, 79-84.
- Mudallal, R.H., Othman, W.M., & Hassan, N.F.A. (2017). Nurses' Burnout: The Influence of Leader Empowering Behaviors, Work Conditions, and Demographic Traits. *Inquiry*, 54, 1-15.
- Najimi, A., Goudarzi, A.M., & Sharifirad, G. (2012). Causes of job stress in nurses: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(4), 301-305.
- Nishimura, Y., Miyoshi, T., Hagiya, H., et al. (2021). Burnout of Healthcare Workers amid the COVID-19 Pandemic: A Japanese Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 2434.
- Papaefstathiou, E., Tsounis, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2019). Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *Health Psychology Research*, 7(1), 15-20.
- Papoutsis, E., Giannakoulis, V., Ntella, V., Pappa, S., & Katsaounou, P. (2020). Global burden of COVID-19 pandemic on healthcare workers. *EJR Open Research*, 6(2), 00195-2020.
- Pappa, S., Athanasiou, N., Sakkas, N., et al. (2021). From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2390.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., et al. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behavior and Immune*, 88, 901-907.
- Parikh, P., Taukari, A., & Bhattacharya, T. (2004). Occupational stress and coping among nurses. *Journal of Health Management*, 6(2), 115-127.
- Park, J.S., Lee, E.H., Park, N.R., et al. (2018). Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: a cross-sectional study. *Archives in Psychiatric Nursing*, 32 (1), 2-6.
- Purohit, A., & Vasava, D. (2017). Role stress among auxiliary nurses midwives in Gujarat, India. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-12.



- Rathert, C., Williams, E.S., & Linhart, H. (2018). Evidence for the quadruple aim: a systematic review of the literature on physician burnout and patient outcomes. *Medical Care*, 56(12),976–984.
- Reith, P.T. (2018). Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*, 10(12),1-9.
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., et al. (2020). Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Network Open*, 3, 1-15.
- Saberinia, A., Abdolshahi, A., Khaleghi, S., et al. (2020). Investigation of Relationship between Occupational Stress and Cardiovascular Risk Factors among Nurses. *Iranian Journal of Public Health*, 49(10), 1954–1958.
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A. et al. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Human Research and Health*, <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1>
- Salvagioni, D.A.J., Melanda, F.N., Mesas, A.E., et al. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*, 12(10), 1-11.
- Sanghera, J., Pattani, N., Hashmi, Y., Varley, K. F., et al. (2020). The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting-A Systematic Review. *Journal of Occupational Health*, 62(1), 1-16.
- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A. et al. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing*, 15, 1-9.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S.D. (2005). Stress and health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607–628.
- Seegerstrom, S.C., & O'Connor, D.B. (2012). Stress, health and illness: Four challenges for the future. *Psychology and Health*,27(2),128-140.
- Shanafelt, T., Ripp, J., Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 323(21), 2133-2134.
- Sharma, R.R., & Cooper, C.L. (2017). *Executive Burnout: Eastern and Western Concepts, Models and Approaches for Mitigation*. UK: Emerald Group Publishing.

Society of Critical Care Medicine (2020). *Clinicians report high stress in COVID-19 response* [online]. Retrieved from <https://sccm.org/Blog/May-2020/SCCM-COVID-19-Rapid-Cycle-Survey-2-Report> [accessed 11/4/2020].

Subih, M., Alamer, R., Al Hadid, L., & Alsatar, M. (2013). Stressors Amongst Jordanian Nurses Working in Different Types of Hospitals and the Effect of Selected Demographic Factors: a Descriptive-Explorative Study. *Jordan Medical Journal*, 45(4), 331-340.

Sun, N., Wei, L., Shi, S., et al. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infections*, 48, 592–598.

Syed, M.A., Nazir, A.N., Zaid, B.A.Z., & Nadeem, A. (2014). Role of Stress and Burnout among Nurses in the Private Hospitals. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 4(3), 420-428.

Talaei, N., Varahram, M., Jamaati, H., et al. (2020). Stress and burnout in health care workers during COVID-19 pandemic: validation of a questionnaire. *Zeitschrift fur Gesundheitswissenschaften*, 1, 1–6.

Toussaint, L., Shields, G.S., Dorn, G., & Slavich, G.M. (2016). Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1004-1014.

Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A. J., et al. (2020). COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 19(6), 3451–3453.

Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A.J., et al. (2020). COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental Therapeutic Medicine*, 19 (6), 3451–3453.

Veda, A., & Roy, R. (2020). Occupational Stress Among Nurses: A Factorial Study with Special Reference to Indore City. *Journal of Health Management*, 22(1), 67–77.

Vidotti, V., Ribeiro, R.R., Galdino, M.J.Q., & Martins, J.T. (2018). Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 3022.

West, C.P., Dyrbye, L.N., & Shanafelt, T.D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of International Medicine*, 283, 516–529.

Wong, T.Y.Y., Lam, W.W.M., So, N.M.C., Lee, J.F.Y., & Leung, K L. (2007). Air-inflated magnetic resonance colonography in patients with incomplete conventional colonoscopy: Comparison with intraoperative findings, pathology specimens, and follow-up conventional colonoscopy. *The American Journal of Gastroenterology*, 102(1), 56–63.

Wu, Y., Wang, J., Luo, C., et al. (2020). A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain Symptom Management*, 60(1), 60-65.

Xiao, J., Fang, M., Chen, Q., et al. (2020). SARS, MERS and COVID-19 among healthcare workers: a narrative review. *Journal of Infections and Public Health*, 13 (6), 843–848.

Yada H, A. H., Omori H., Ishida Y., & Katoh T. (2009). Stressor among nurses in a psychiatric department--comparison between acute and recuperation wards. *Department of Public Health, Graduate School of Medical Sciences, Kumamoto University*, 31(3), 293-303.

Yıldırım, M., & Solmaz, F. (2020). COVID-19 burnout, COVID-19 stress and resilience: Initial psychometric properties of COVID-19 burnout scale. *Death Studies*, 1, 1–10.

Yıldırım, M., Çiçek, I., & Şanlı, M.E. (2021). Coronavirus stress and COVID-19 burnout among healthcare staffs: The mediating role of optimism and social connectedness. *Current Psychology*, 4, 1-9.

Zerbini, G., Ebigo, A., Reicherts, P., et al. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19—a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *German Medical Science*, 18, 1-15.

Zhang, X., Wang, C., Pan, W., et al. (2020). Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China. *Frontiers in Psychiatry*, <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.565520>

Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., & Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. (2010). *Εκφάνσεις του Εργασιακού Άγχους στην Ψυχική και την Σωματική Υγεία (Έρευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό)* [online]. Ανακτήθηκε από <http://utopia.duth.gr/~tconstan/pr.diplMoustakaFIN.pdf> [πρόσβαση 14/3/2021].

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## Παράρτημα 1 - Ερωτηματολόγιο

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" της Ιατρικής Σχολής και του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, διεξάγεται μια έρευνα με την βοήθεια ερωτηματολογίου, για την συγγραφή της μεταπτυχιακής μου διατριβής με θέμα: "Διερεύνηση επιπέδου stress και επαγγελματικής εξουθένωσης σε Έλληνες νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες/κλινικές COVID-19". Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη και δεν θα συλλεχθούν προσωπικά σας δεδομένα. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 5 λεπτά.

Ονομάζομαι Νικολέττα Αποστολίδη, Π.Ε. Νοσηλεύτρια και είμαι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση που αφορά τη μελέτη αυτή. Το email επικοινωνίας είναι: nikolettaapostolidi@gmail.com

.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

## Παράρτημα Ι: Ερωτηματολόγιο για τους προσδιοριστές της μελέτης

Ποιο είναι το φύλο σας;

- ☐ Γυναίκα
- ☐ Άνδρας

Ποιο έτος γεννηθήκατε;

---

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- ☐ Άγαμος/η
- ☐ Έγγαμος/η ή σε συμβίωση
- ☐ Διαζευγμένος/η
- ☐ Χήρος/α

Έχετε παιδιά κάτω των 18 ετών;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

- ☐ Απόφοιτος/η λυκείου
- ☐ Απόφοιτος/η ΤΕΙ
- ☐ Απόφοιτος/η ΑΕΙ
- ☐ Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος
- ☐ Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος

Πόσα έτη εργάζεστε;

---

Ποιο είναι το μηνιαίο σας εισόδημα;

- ☐ 0 έως 600 ευρώ
- ☐ 601 έως 1200 ευρώ
- ☐ 1201 έως 1800 ευρώ
- ☐ >1801 ευρώ

Ποια είναι η εργασιακή σας θέση;

- ☐ Προϊστάμενος/η
- ☐ Νοσηλεύτης/τρια
- ☐ Βοηθός νοσηλεύτη
- ☐ Υπεύθυνος Α
- ☐ Υπεύθυνος Β

Ποιο είναι το ωράριο εργασίας σας;

- ☐ Μόνο πρωινή βάρδια
- ☐ Πρωινή και απογευματινή βάρδια
- ☐ Πρωινή, απογευματινή και βραδινή βάρδια

Σε ποιο τμήμα του νοσοκομείου εργάζεστε;

---

## Παράρτημα II: Ερωτηματολόγιο Expanded Nursing Stress Scale (ENSS)

Ακολουθώς υπάρχει μία λίστα καταστάσεων οι οποίες συναντώνται τακτικά σε έναν εργασιακό χώρο. Μπορείτε να δηλώσετε πόσο στρεσογόνα υπήρξε για εσάς η κάθε μια από τις παρακάτω καταστάσεις που έχετε αντιμετωπίσει στην ΤΩΡΙΝΗ ΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑ;

(Γράψτε τον αριθμό που ταιριάζει καλύτερα σε εσάς στη δεξιά στήλη. Εάν δεν έχετε αντιμετωπίσει κάποια από αυτές τις καταστάσεις συμπληρώστε "0")  
Καθόλου στρεσογόνο: 1 , Λίγο στρεσογόνο: 2 , Αρκετά στρεσογόνο: 3 , Εξαιρετικά στρεσογόνο: 4 , Δεν ισχύει: 0

	1	2	3	4	0
Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς					
Κριτική από έναν ιατρό					
Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών αναγκών της οικογένειας του ασθενούς					
Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με το προσωπικό/ συναδέλφους					
Διαμάχη με έναν προϊστάμενο					
Ανεπαρκής ενημέρωση σχετικά με την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από τους ιατρούς					
Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς					
Σεξουαλική παρενόχληση σε βάρος σας					
Αίσθημα ανεπάρκειας/ ανικανότητας σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς					
Διαμάχη με έναν ιατρό					
Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση					
Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας					
Απρόβλεπτος/ ασταθής αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα					
Εντολή ιατρού για χορήγηση θεραπείας η οποία φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή					
Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς					
Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας					

Το να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατο					
Φόβος για την πιθανότητα λάθους στη χορήγηση της θεραπείας των ασθενών					
Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενή					
Έλλειψη ευκαιριών που αφορούν την εξωτερίκευση των αρνητικών συναισθημάτων για έναν ασθενή στους συναδέλφους της ίδιας μονάδας/ τμήματος					
Δυσκολία στη συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτές) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον					
Δυσκολία στη συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτές) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον					
Ανεπαρκής χρόνος για την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στους ασθενείς					
Απουσία ιατρού σε ένα ιατρικό επείγον περιστατικό					
Το να κατηγορείστε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά					
Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου					
Ο θάνατος ενός ασθενή					
Διαφωνία σχετικά με τη θεραπευτική αγωγή ενός ασθενή					
Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για την εκτέλεση των καθηκόντων σας					
Έλλειψη υποστήριξης από τον προϊστάμενό σας					
Κριτική από έναν προϊστάμενο					
Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών σας καθηκόντων					
Το να μην γνωρίζετε τι πρέπει να πείτε για την κατάσταση της υγείας και τη θεραπεία ενός ασθενή τόσο στον ίδιο, όσο και στην οικογένειά του					
Η ευθύνη του να είστε εσείς υπεύθυνος να αντιμετωπίσετε τις οικογένειες των ασθενών					
Η αντιμετώπιση βίαιων ασθενών					
Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και την ασφάλειά σας					
Ο θάνατος ενός ασθενή με τον οποίο είχατε αναπτύξει μια κοντινή σχέση					
Λήψη αποφάσεων που αφορούν έναν ασθενή σε περίπτωση απουσίας ιατρού					
Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία					
Έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού					
Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως η δουλειά γραφείου					
Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος					

Αβεβαιότητα που αφορά στη λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων					
Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών					
Ανεπαρκής χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ασθενών					
Να θεωρείστε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν έχετε τον έλεγχο					
Απουσία ιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει					
Το να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των ιατρών					
Έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση του νοσοκομείου					
Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου					
Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης					
Αντιμετώπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών					
Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει					
Κριτική από τη νοσηλευτική διοίκηση					
Ύπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλειμμά σας					
Φόβος για το εάν η οικογένεια του ασθενούς σας κάνει αναφορά για ανεπαρκή φροντίδα/ περίθαλψη					
Λήψη αποφάσεων υπό πίεση					

**Παράρτημα III: Ερωτηματολόγιο της εργασιακής εξουθένωσης της Κοπεγχάγης -  
Copenhagen burnout inventory (CBI-Gr)**

		Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
CPE1.	Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος/η;					
CPE2.	Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η σωματικά;					
CPE3.	Πόσο συχνά αισθάνεστε εξουθενωμένος/η συναισθηματικά;					
CPE4.	Πόσο συχνά σκέφτεστε «δεν αντέχω άλλο»;					
CPE5.	Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η – εξουθενωμένος/η ;					
CPE6.	Πόσο συχνά αισθάνεστε αδύναμος/η και ευάλωτος σε					



	ασθενείς;					
		Σε πολύ μεγάλο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Έτσι και έτσι/ σχετικά	Σε μικρό βαθμό	Σε πολύ μικρό βαθμό
CEE1.	Η δουλειά σας είναι εξαντλητική συναισθηματικά;					
CEE2.	Αισθάνεστε εξαντλημένος/η εξαιτίας τη δουλειά σας;					
CEE3.	Είστε απογοητευμένος/η από τη δουλειά σου;					
		Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
CEE4.	Αισθάνεσαι εξουθενωμένος από τη δουλειά σου στο τέλος της ημέρας;					
CEE5.	Κουράζεστε το πρωί στη ιδέα ότι πρέπει να πάτε στη δουλειά σας;					
CEE6.	Αισθάνεστε ότι κάθε ώρα στην δουλειά σας είναι κουραστική;					
CEE7.	Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερο σας χρόνο;					
		Σε πολύ μεγάλο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Έτσι και έτσι/σχετικ ά	Σε μικρό βαθμό	Σε πολύ μικρό βαθμό
CEM1	Το βρίσκετε δύσκολο να εργάζεστε με ασθενείς;					
CEM2	Απογοητεύεστε όταν εργάζεστε με ασθενείς;					
CEM3	Η εργασία με ασθενείς απορροφά την ενέργειά σας;					
CEM4	Αισθάνεστε ότι προσφέρετε περισσότερα απ' όσα παίρνετε όταν εργάζεστε με ασθενείς;					
		Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
CEM5	Έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς;					
CEM6	Αναρωτιέστε ποτέ για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς ;					

## Παράρτημα 2 - Άδειες για τη χρήση κλιμάκων

----- Forwarded message -----

Από: **Tage Søndergaard Kristensen** <[tsk@task-consult.dk](mailto:tsk@task-consult.dk)>

Date: Πέμ, 13 Μαρτ 2021 στις 3:36 μ.μ.

Subject: Re: Permission to use The Copenhagen Burnout Inventory

To: Nikoletta Apostolidi <[nikolettaapostolidi@gmail.com](mailto:nikolettaapostolidi@gmail.com)>

Dear colleague,

Thank you for your mail and for your interest in the CBI.

The questionnaire is in public domain and free to be used by all.

I enclose some documents that might be of interest.

I wish you good luck with your research.

Best,

Tage S Kristensen  
Task-Consult  
Østre Alle 35E  
3250 Gilleleje  
Denmark  
+45 29704012  
[tsk@task-consult.dk](mailto:tsk@task-consult.dk)

Dear Dr. French,

My name is Nikoletta Apostolidi, I am a Nursing graduate of the National and Kapodistrian University of Athens.

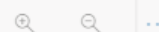
In the context of my dissertation in the Postgraduate Program of Primary Health Care of the Departments of Medicine and Nursing of the University of Thessaly, I would like to ask for your permission to use the Expanded Nursing Stress Scale (ENSS). The topic of my dissertation is: "INVESTIGATION OF STRESS AND BURNOUT LEVELS IN GREEK NURSES WORKING IN COVID-19 UNITS / CLINICS".

I look forward to your reply.

Yours sincerely,

Nikoletta Apostolidi

Nurse



Susan Elizabeth French to you

10 hours ago

Dear Nikoletta

Thank you for your interest in the RNSS. You have permission to use it in your research. For your information, I am attaching files containing a copy of the ENSS, scoring instructions, and how the items grouped within the factors when we tested the instrument

My apologies for the delayed response but I was away from the computer for some time. I am just catching up now.

Congratulations on being admitted to the Postgraduate program of Primary Health Care. I wish you every success with your dissertation

Best regard

Susan

Emeritus Professor< McGill U

Susa. E. French, O.C. PhD

